La Jornada NUM. 16 / NOVIEMBRE 6 DE 1997

LETRA S

SALUD • SEXUALIDAD • SIDA

El sexo, el condón y los jóvenes universitarios



Pierre et Gilles

EDITORIAL

Entre los temas más interesantes y polémicos del VI Congreso Nacional sobre Sida organizado por la Secretaría de Salud, figuran la creciente demanda de una cobertura médica amplia para quienes viven con VIH/sida en México, y las campañas preventivas dirigidas a poblaciones específicas, como bisexuales y homosexuales, usuarios de drogas, sexoservidoras y trabajadores migratorios. Al argumento muy socorrido de las autoridades mexicanas de salud (la escasez de recursos económicos impide brindar una cobertura universal e integral a los pacientes seropositivos), se opuso en repetidas ocasiones y muy sólidamente, el ejemplo de intervenciones estatales vigorosas, como la de Brasil, un país con recursos limitados e ingresos per cápita comparables a los de México. La necesidad de que los gobiernos manifiesten una clara *voluntad política* para erradicar la pandemia, fue uno de los reclamos más recurrentes durante el Congreso. Colocar el interés colectivo por encima de los cálculos de una economía neoliberal o de los miedos del prejuicio fundamentalista, es un deber del Estado, no renunciable ni postergable. Una asignación anual de recursos contra el sida del orden de los 52 millones de dólares, para cerca de 15 mil enfermos, frente a los 400 mdd que consagra Brasil para 38 mil pacientes, es cifra ligada al temor y a la declinación de responsabilidades. ¿O cómo entender —un ejemplo entre muchos— los 2 mil millones de dólares que emplea el gobierno mexicano para rescatar a una empresa bancaria del fraude de su administración? Esto es un agravio enorme a los intereses de una población cuya salud el Estado tiene la obligación constitucional de proteger. La creación de un sistema único de salud en México y un respaldo constitucional más vigoroso al derecho a la salud, son dos de los requerimientos que nos plantea la pandemia del sida ●

Num. 16 / noviembre 6 de 1997

LETRA S
SALUD ♦ SEXUALIDAD ♦ SIDA

Directora General: Carmen Lira Saade
Director Fundador: Carlos Payán
Director: Alejandro Brito
Coordinador: Arturo Díaz
Consejo Técnico: Arturo Vázquez Barrón, Carlos Bonfil, Antonio Contreras, Aarón Rangel, Lilia Rubio, Manuel Figueroa, Jorge Huerdo, Francisco Garibay
Diseño: Cees van der Hulst
Formación: Marina Sánchez de Tagle
Publicidad: Moisés López/Luz María Linares
Consejo Editorial: Elena Poniatowska, Marta Lamas, Carlos Monsiváis, Ana Luisa Liguori, Marta de la Lama, Dra. Carmen Villarreal, Dr. Arnoldo Kraus, Dr. Samuel Ponce de León, Dra. Patricia Volkow, Joaquín Hurtado, Dra. Yolanda Pineda, Max Mejía, Sandra Peniche, Nancy Mayagoitia, Estela Guzmán.

LETRA S, salud, sexualidad, sida, es una publicación mensual, editada por Demos, desarrollo de medios, S.A. de C.V. Balderas N°68, Col. Centro, C.P. 06050, México, D.F. Editor responsable: Alejandro Brito Lemus. Certificado de Licitud de Título N°9169, Certificado de Licitud de Contenido N°6418, Reserva al Título en Derechos de Autor N°3389/95 y sus modificaciones en trámite. Distribuido en el D.F. por la Unión de Expendedores y Voceadores de los Periódicos de México, A.C., y en el interior de la república y el extranjero por Distribuidora de Medios, S.A. de C.V. Impreso en Imprenta de Medios, S.A. de C.V., Abraham González N°81, Col. Juárez, México, D.F. Tel./Fax: 538-7400
E-mail: letrassida@laneta.apc.org

NotieSe

Sacerdotes brasileños pedirán indulto para reos con VIH

La Conferencia Nacional de Obispos de Brasil informó a fines de octubre que solicitará al gobierno de su país que "amplíe generosamente" el tradicional indulto presidencial navideño, especialmente a los presos con deficiencias físicas e infectados con el virus que causa el sida. En Brasil, alrededor de 22,500 de 150 mil reclusos viven con VIH, es decir, 15 por ciento de la población penitenciaria. De acuerdo con la iniciativa de los obispos, estos últimos reos están doblemente condenados, pese a que ya no representan ningún peligro para la sociedad. (**EFE**)



Tomado de *Laberinto*, No. 23

Posible, una vacuna en el corto plazo

El científico francés Luc Montagnier, uno de los descubridores del virus que causa el sida, se manifestó optimista porque en el corto plazo se desarrolle una vacuna contra el sida, aun cuando los primeros resultados decisivos no se conocerán antes de cinco años. Agregó que por el momento hay rápidos avances en el tratamiento, para el que se desarrollan múltiples terapias que unen varios medicamentos, aunque lamentó que no siempre surten el mismo efecto en todos los pacientes. Sin embargo, advirtió sobre esperanzas desproporcionadas y comportamientos irresponsables, ya que "han quedado atrás los tiempos en los que se podían cometer excesos y se multiplicaban las parejas sexuales". (**DPA**)

Científica de EU propone crear un fondo internacional

El sida ha costado desde su aparición en 1981 más de 100 mil millones de dólares, según la directora científica de la organización estadunidense International AIDS Vaccine Initiative, Margaret Johnson, quien a la vez propuso la creación de un fondo internacional para financiar una vacuna antisida, que tendría un costo de decenas de millones de dólares. Sin embargo, añadió la especialista, estas cantidades resultarían irrisorias si se toma en cuenta el alto precio de la enfermedad en sí misma. De concretarse esta propuesta, se mostraría a las grandes compañías farmacéuticas que se trata de un mercado de varios miles de millones de dólares. Informó por último que hasta el momento se han desarrollado 40 vacunas y que algunas fueron probadas en humanos para establecer sus efectos, aunque no su eficacia. (**AFP**)

La triterapia, disponible en farmacias de Francia

La triterapia contra el sida, hasta ahora sólo distribuida en los hospitales, se puede conseguir ya en cualquier farmacia de Francia. La triterapia, mezcla de varias moléculas (normalmente tres) que atacan al virus en el momento de su desarrollo en el organismo humano y frena su avance en la sangre, se suministra actualmente sólo a 23 mil de los cerca de 40 mil infectados. El secretario de Estado para la Sanidad francesa, Bernard Kouchner, señaló que se ha hecho un esfuerzo especial para que los afectados puedan acceder al medicamento, pese a su elevado costo, puesto que a ningún enfermo le debe faltar la medicina por razones financieras. Para ello, se ha establecido un sistema de garantía de pago para reembolsar a las farmacias "desde el momento en que el paciente justifica su derecho al medicamento al presentar una carta de asegurado social o una autorización de asistencia médica". De momento, siete tipos de medicamentos antivirales estarán disponibles en las farmacias, mientras que un octavo, la zalcitabina, deberá también estarlo en el primer semestre de 1998. En cualquier caso, son los doctores de los hospitales quienes deberán recetar por primera vez el medicamento contra el VIH, cuya compra será sufragada en su totalidad por la seguridad social. (**EFE**)

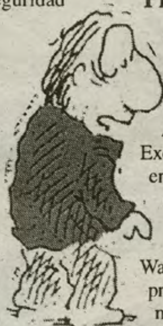
En la India, *Kama Sutra* contra el VIH

La antigua mitología hindú podría resultar muy efectiva en la lucha contra el sida en India, el país con la mayor conatidad de personas infectadas con el virus en todo el mundo, según el investigador I. S. Gilada, director de la fundación privada Indian Health Organization (IHO). Explicó que el *Kama Sutra*, el tratado sobre sexo más antiguo que se conoce, describe 64 posiciones para tener relaciones sexuales, mismas que harían que el cónyuge viva interesado en su pareja y explore las múltiples variantes del sexo con la misma persona, en vez de buscar aventuras y excitación en otros lugares y con personas desconocidas. (**Reuters**)

Estudian crear banco regional de medicamentos

Margarita Serra, directora del Programa Nacional de Lucha Contra el Sida de Uruguay, informó a fines del mes pasado que hará todo lo posible para que se concrete la idea de crear un banco regional de medicamentos para el sida, de tal manera que varios países de la región compren los medicamentos juntos y el mayor volumen, comercializado en forma conjunta haga bajar los precios. El plan triple que se aplica actualmente en Argentina, Brasil y Uruguay a todos los pacientes con sida que se atienden en las instituciones públicas tiene un costo de entre 800 y 850 dólares por mes y por paciente. La idea de hacer las compras en forma conjunta se manejó en la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y en el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal, que agrupa a todos los directores de programas de sida de América del Sur. Otra idea es intentar que los gobiernos reduzcan los impuestos que pesan sobre los medicamentos para el tratamiento de quienes viven con sida. "Lo que tenemos claro —agregó la funcionaria— es que los pacientes deben seguir recibiendo la medicación porque mejora la calidad de vida y la sobrevida, los matiene vivos y además con pocas internaciones, y el tratamiento de las embarazadas está probado que disminuye significativamente la posibilidad de que el niño nazca afectado." En Uruguay, el Ministerio de Salud Pública comenzó a aplicar el triple plan en agosto del año pasado, mientras que desde el 14 de agosto de este año, las mutualistas privadas tienen obligación de ofrecer el triple plan a sus asociados. El triple plan consiste en dos drogas inhibidoras de la transcriptasa y una droga inhibidora de la proteasa, que se pueden combinar entre sí según las peculiaridades y reacciones de cada paciente. (**DPA**)

Premian al suplemento *DobleJornada*



El pasado mes de octubre, el suplemento feminista *DobleJornada* recibió el premio Annual Global Media Award for Excellence in Population Reporting, en la categoría de Mejor Publicación Periódica de 1997 otorgado por el Instituto de la Población, con sede en Washington, Estados Unidos. Este premio es una distinción a nivel mundial para los medios que mejor difunden y enfocan los temas de población. Cabe mencionar que el Fondo de Población de las Naciones Unidas en México, presidido por Rainer Rosenbaum, propuso esta publicación para tan merecido reconocimiento por su labor en la lucha por la igualdad entre hombres y mujeres. El premio que será entregado el próximo 22 de noviembre en Tanzania, incluye un viaje de estudio por 12 días en ese país. (**Letra S**)

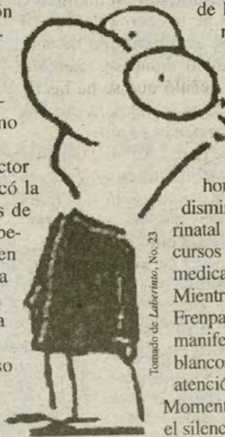
VI CONGRESO NACIONAL SOBRE SIDA

Los retos de una nueva voluntad política

MANUEL ZOZAYA

El clamor por los medicamentos fue la demanda que imperó durante el VI Congreso Nacional sobre Sida que se llevó a cabo del 29 al 31 de octubre en la Ciudad de México. Con una estimación oficial de más de 200 mil personas que viven con VIH (la mayoría de ellas sin saberlo) en nuestro país, las prioridades para combatir la pandemia tienden a multiplicarse, como se evidenció durante las conferencias magistrales, talleres, mesas redondas, debates, y exposición de carteles que se efectuaron en el Antiguo Colegio de Medicina.

En las discusiones, sobresalió el ejemplo de Brasil, un país que con recursos económicos limitados, ha tenido la voluntad política de dar atención universal con antirretrovirales a quienes viven con el virus, y su representante, el doctor Julio Barrios, coordinador del Programa de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y sida de ese país, fue aplaudido por el numeroso público que seguía el evento en el Auditorio del recinto, sobre todo cuando aseveró de manera contundente: "Allá la salud de la población ha sido más importate que el costo económico. Y aunque existen otros problemas, la autoridad cuenta con un amplio respaldo social." En 1997, Brasil gastará 400 millones de dólares, mientras que en el mismo rubro, México invierte sólo 52 mdds.



Tomado de *Laberinto*, No. 23

En el aspecto de la prevención, el doctor José Antonio Izazola, de Funsalud, recalcó la necesidad de diseñar estrategias efectivas de comunicación que lleguen a los grupos específicos, tales como los hombres que tienen sexo con otros hombres, que a pesar de la tendencia a la heterosexualización de la epidemia siguen constituyendo la mayoría de los casos en nuestro país.

Por su parte, el doctor Antonio Caso Marasco, de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), afirmó que a más tardar a partir de enero de 1988 comenzará a funcionar el Fideicomiso propuesto hace más de nueve meses para obtener recursos destinados a la atención a pacientes con VIH/sida. Sin embargo, la polémica se encendió cuando el doctor Caso no pudo responder a las preguntas que el público le planteaba a gritos ("¿Con cuántos recursos va a contar dicho Fideicomiso? ¿Serán suficientes para apoyar al creciente número de enfermos?").

Otra de las demandas expresadas en múltiples ocasiones por representantes de las organizaciones no gubernamentales (ONG) de Quintana Roo, Oaxaca, Sonora, Durango, y otros estados, fue la descentralización de los esfuerzos de la lucha contra el sida, ya que según ellos, en sus estados no hay acciones relevantes al respecto, y a veces los Coesidas se reducen a un escritorio, por lo general vacío. Asimismo se exigió a la Secretaría de Educación Pública (Sep) que asuma su obligación de educar sobre sexualidad humana y prevención de ETS y sida desde la enseñanza primaria.

Durante la ceremonia de clausura, el coordinador nacional del FrenpaVIH, Jorge Huerdo Siqueiros, afirmó, entre las exclamaciones de "¡Duro, Duro!" de la concurrencia: "¡Si nos vamos a morir, nos vamos a morir luchando!"

Finalmente, la doctora Patricia Uribe, coordinadora del Conasida, resumió los compromisos del Congreso, entre los que destacó la profundización en las campañas preventivas. Es necesario, dijo, llegar a los grupos específicos, en particular a los hombres que tienen sexo con otros hombres, la disminución en 50 por ciento de la transmisión perinatal del VIH, y la creación de un Fondo con recursos económicos suficientes para el abasto de medicamentos para quienes viven con el virus. Mientras la doctora hablaba, los integrantes del FrenpaVIH, venidos de varias entidades del país, se manifestaban silenciosamente con pasamontañas blancos y letreros que resumían su exigencia de atención médica digna, suficiente y oportuna. Momento emotivo cuyo mensaje era claro: A veces el silencio es más elocuente que las palabras ●



El pasado 24 de octubre se llevó a cabo una reunión con el doctor Juan Ramón de la Fuente, secretario de Salud, en la que participaron la doctora Patricia Uribe, coordinadora general del Conasida, el licenciado Alberto Pérez Blas, director general de Comunicación Social de la Secretaría de Salud (Ssa), ocho representantes de organizaciones no gubernamentales (ONG) y personas que viven con VIH/sida (PVVIH), y tres representantes del Frente Nacional de Personas Afectadas por el VIH/sida (FrenpaVIH). Uno de los puntos tratados fue la formalización, el primero de diciembre próximo, del Comité Mixto de Vigilancia y Seguimiento, que ya viene operando desde el mes de mayo y cuyo objetivo central es funcionar como espacio de diálogo y negociación entre la Ssa, Conasida y los representantes de ONG y PVVIH.

Al respecto, el doctor De la Fuente señaló que: "Debemos procurar ser abiertos y no excluyentes. Yo sí creo que es importante avanzar con un poco más de presencia en otros ámbitos gubernamentales. En particular, creo que en la Secretaría de Educación Pública (Sep) hay buena respuesta. Claro que también existen resistencias y barreras, mismas que tendremos que ir venciendo."

Durante la reunión se abordaron varios temas relacionados con la efectividad de la Comisión Mixta, y uno de ellos fue la necesidad de que el programa tenga una verdadera representación nacional, de tal suerte que las autoridades estatales de salud se comprometan a atender los problemas específicos de cada región en relación con el sida. El FrenpaVIH señaló que la descentralización del Sistema de Salud se ha convertido, en los hechos, en un trabajo de desmantelamiento de varios Coesidas, o en ausencia de voluntad política para crear opciones de atención efectiva para las personas con VIH . En respuesta, el doctor De la Fuente prometió integrar el tema en el programa llamado "Municipio saludable".

Otros puntos abordados fueron el acceso a los medicamentos antirretrovirales, la disponibilidad de marcadores de carga viral, y la cobertura económica efectiva de los pacientes que no cuentan con seguridad social. Luego del cuestionamiento del FrenpaVIH por el carácter limitado de la cobertura que proyecta el Fideicomiso, y la necesidad de que dicha cobertura beneficie a seropositivos asintomáticos, el doctor De la Fuente advirtió que por razones económicas el Fondo sería finito y tendría limitaciones, y que por ello habría que optimizar su distribución en forma racional e inteligente. Mencionó como un posible riesgo en la distribución masiva de los medicamentos, la tentación del lucro, o lo que él llamó el "tostoneo por fuera". El funcionario sugirió una ampliación progresiva de dicho Fondo, y la búsqueda paralela de otras opciones de financiamiento. Y concluyó de manera categórica: "No hay presupuesto fiscal capaz de resolver cabalmente el planteamiento de medicamentos universales y gratuitos para todos los que lo necesitan, ni en México ni en ningún país del mundo."

Al hablar de las campañas de prevención, admitió la necesidad de atender a grupos específicos, pero advirtió que habría que hacerlo "con vigor, con firmeza y con cuidado". Y añadió: "Algo que nos ha ayudado mucho es que hemos sido muy cuidadosos."

Una semana después, el FrenpaVIH pudo constatar en el VI Congreso Nacional sobre Sida, que sí existe un país en Latinoamérica, Brasil, "capaz de resolver el acceso universal y gratuito de medicamentos para todos", que el manejo actual del proyecto del Fideicomiso ha entrado en una fase de crisis abierta. Pero sobre el Congreso hablaremos con mayor detenimiento en nuestra próxima entrega. (**Comité de Prensa y Difusión del FrenpaVIH**) ●

LA SECRETARIA DE SALUD INFORMA

Atención a grupos vulnerables

La Secretaría de Salud (Ssa) realiza permanentemente intervenciones para la prevención del VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) en comunidades y grupos específicos de la sociedad, en virtud de la eficacia que ha demostrado esta modalidad, tanto a nivel nacional como internacional. En los últimos tres años las principales actividades que el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (Conasida) ha realizado son las siguientes:


Alberto Ibáñez


Archivo *La Jornada*

John Sturrock

Archivo *La Jornada*

Alex Webb

Migrantes
—Desde 1995 se capacitó al personas de los Consulados Mexicanos en Estados unidos de Norteamérica, los cuales posteriormente realizaron pláticas, material gráfico y tres *spots* de radio.

—Distribución del video *La vida de todos los días (Si fuéramos ángeles)* I, II y III a todos los estados en México y a los Consulados de ciudades norteamericanas con alta proporción de población mexicana.

—En 1996 se realizó la coordinación con programas Jornaleros Agrícolas para compartir estrategias, con quienes se llevó a cabo de manera conjunta el Primer Curso de Migración, en la ciudad de Morelia, Michoacán.

—En 1996 se llevó a cabo la evaluación de diversos materiales entre migrantes de Guanajuato y Morelos. El material evaluado fue todo el material educativo específico elaborado a partir de la historieta *Más vale prevenir...*, volantes específicos, un tríptico con información básica sobre sida y un rotafolio. El paquete educativo incluyó el video *La vida sigue*, que trata el tema de migración y sida.

—Distribución de 300 videos *La vida sigue* en todos los estados de la República.

—En 1997 se está realizando una intervención educativa en Ciudad Hidalgo, Chiapas, con migrantes centroamericanos y traileros.

—Realización de un taller para manejo de la historieta *Más vale prevenir...* a todos los estados con alta migración (VI Congreso Nacional).

Area rural e indígena
La ruralización de los casos de sida nos ha indicado la necesidad de reforzar estrategias específicas para estas zonas, tales como:

—Capacitación de brigadistas del Instituto Nacional Indigenista (INI) para incorporar el tema del sida en sus actividades.

—1997-1998 intervención educativa para extender la cobertura de la campaña masiva a adolescentes de áreas rurales e indígenas de Puebla, Guanajuato, Guerrero, Oaxaca, Chiapas, San Luis Potosí y Veracruz con apoyo de la UNICEF.

—Se asesoró a prestadores de servicio social (600) que realizan trabajo comunitario desde la UNAM.

Drogadictos intravenosos
—En 1996 se realizó el Estudio de la Inyección de Drogas Intravenosas como factor de Riesgo. Se estudio a 262 individuos drogadictos intravenosos radicados en Tijuana, BC. Se concluyeron los instrumentos de recolección cuantitativa y cualitativa definitivos. Este proyecto proporcionará un modelo estratégico para la prevención en este grupo.

Trabajadora(e)s del sexo comercial
Una de las poblaciones prioritarias a ser intervenidas han sido los grupos de trabajadora(e)s del sexo comercial por lo que se han realizado distintas estrategias tales como:

—Monitoreo epidemiológico permanente en el país (12,481 encuestas de 1995 a 1997).

—Continúan el apoyo permanente para la detección oportuna y prevención de ETS y VIH anualmente a 6 mil trabajadora(e)s sexuales en la Ciudad de México.

—Durante 1996 se realizó una intervención educativa con trabajadoras del sexo comercial en Tuxtla Gutiérrez y Comitán, Chiapas. Como parte del proyecto *Increasing the Safety of Sex Work in Chiapas*, se llevaron a cabo 17 talleres de prevención con una duración promedio de 2.5 horas cada uno. Esta intervención tuvo los siguientes efectos:

- Bajó en 80 por ciento la incidencia de ETS y logró un aumento en el uso del condón.
- Las trabajadoras del sexo comercial se convirtieron en replicadoras de la información con sus compañeras de nuevo ingreso y hablaron de prevención de ETS/VIH con sus clientes.
- Se logró un modelo de intervención educativa dirigido a trabajadoras del sexo comercial que puede ser ajustado y aplicado en situaciones similares.

—Intervención educativa en zona de comercio sexual de Ciudad Hidalgo, Chiapas (1997-1998).

Niña(o)s de la calle
—En 1996 se participó en el Curso-Taller Promoción de la Salud Reproductiva y Prevención de ETS/VIH, en la(o)s Menores en Situación de Calle, organizado por la Dirección General de Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal (DDF) y el Hospital Pediátrico Iztacalco con el tema VIH/Sida: Situación y Tendencia Actual. En este curso se proporcionó a 35 profesionales pertenecientes a distintos organismos no gubernamentales (ONG), que trabajan con niña(o)s de la calle, un modelo de intervención específico y la metodología correspondiente.

—Se implementó un modelo de intervención educativa dirigido al personal de la organización El Caracol, SC, dedicada a la atención de niña(o)s de la calle. **(Boletín Conasida/Ssa)** ●

Infección por negligencia médica: el caso de Miguel Angel

ANGELES CRUZ

Descuido y negligencia es lo único que explica la transmisión del VIH por transfusión sanguínea en los hospitales públicos y privados en estos tiempos en que disponemos en abundancia de normas oficiales y reglamentaciones para garantizar el abastecimiento de sangre segura.

Miguel Angel nació el 8 de mayo de 1995 cuando tenía apenas seis meses y tres semanas de gestación; durante mes y medio permaneció en la incubadora y debido a su estado físico requirió de cuidado y vigilancia médica especial. No obstante, el 18 de septiembre del mismo año se enfermó y fue hospitalizado nuevamente.

Los médicos que lo atendieron determinaron la necesidad de realizar una transfusión sanguínea. Para ello se dispuso del tejido proveniente del banco de sangre del Hospital Balbuena, también dependiente del Departamento del Distrito Federal (DDF).

El problema fue que dado el poco cuidado y una serie de irregularidades ocurridas en el banco de sangre, se dio el intercambio de las etiquetas de la sangre donada por dos personas. Una de ellas tenía el VIH, y para mala fortuna de Miguel Angel, ésta fue la que le transfundieron el 19 de septiembre de 1995.

La madre del menor tiene la sospecha fundada de que los médicos se dieron cuenta del error un mes después, porque a partir de octubre del mismo año, su hijo fue sometido a exámenes sanguíneos cada 30 días. No había razón para ello, a pesar de que el médico responsable, de quien sólo sabe que se apellida Vázquez, le dijo que los análisis eran necesarios para preparar la cirugía que le practicarían a Miguel Angel por un pequeño defecto en su pie derecho.

Nunca le dijeron a la madre lo que estaba pasando, e incluso a ella también le hicieron la prueba sanguínea, y cuando el médico confirmó que el niño tenía el VIH/sida lo ocultó, el expediente "se perdió", se transfirió a Miguel Angel a otro hospital y de ahí pasó a otro y luego a otro, hasta que llegó al Hospital General de México, donde actualmente es atendido.

Sobra decir que de estos hechos estuvieron enterados el director del Hospital de Inguarán, Samuel Fuentes Aguirre, el director del Hospital Balbuena, Carlos Arcos Huitrón, el responsable del Banco de Sangre, Héctor Pérez Fernández, el director general de los Servicios Médicos del DDF, en ese entonces, Armando Ruiz Massieu, así como el director de Servicios de Salud, que entonces era Alfonso Cabrera Mier.

Ninguno de ellos tuvo la mínima sensibilidad de por lo menos reconocer el error y enfrentar su responsabilidad. Hoy todos estos funcionarios y ex funcionarios enfrentan una demanda penal y civil, además de la queja ante la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF), pero en última instancia eso es lo que menos importa. Lo que realmente debería atraer la atención de las autoridades es la salud de Miguel Angel.

De todos es conocido lo costoso del tratamiento y la atención médica. Por ahora Miguel Angel es parte del protocolo humanitario de Conasida, pero pronto habrá una resolución final de un tribunal colegiado respecto a la demanda de amparo que solicitaron los pacientes contra la suspensión de los tratamientos y que inicialmente fue ya negada por un juez de distrito.

¿Quién le proporcionará a Miguel Angel la atención médica y el tratamiento necesario que antes le negaron?

Una pregunta más: ¿Qué tiene que pasar para que los responsables de la salud en México realicen sus funciones con responsabilidad?

Es de esperarse una respuesta inmediata antes de que sea tarde y después no sólo tengamos que lamentar la enfermedad, sino la muerte de Miguel Angel ●

Periodista.

El debate por los medicamentos genéricos

JENARO VILLAMIL R.

En septiembre, un anuncio de la Secretaría de Salud (Ssa) comenzó a ser transmitido por los medios electrónicos. En los *spots* se informa que lo importante de un medicamento son las "sales activas" o sustancias químicas que componen su fórmula y no la marca comercial del mismo. Se recomienda adquirir estos productos, conocidos como "medicamentos genéricos", cuyo costo es sensiblemente menor a los fármacos comerciales.

Esta campaña publicitaria representa el inicio de una política de fomento al uso y consumo de medicamentos genéricos en el llamado "mercado abierto", es decir, el que está fuera de las instituciones públicas de salud.

La respuesta de las compañías farmacéuticas no se ha hecho esperar, 43 empresas han solicitado el amparo del Poder Judicial ante una medida que consideran atenta contra sus "intereses legítimos".

La Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica (AMIF) y la Cámara Nacional de la Industria farmacéutica han cerrado filas criticando la medida. Su posición se ha concretado en cuatro puntos:

a) No se oponen a la disposición aprobada por la Cámara de Diputados cuando se aprobó la Ley General de Salud, a fines de marzo de 1997. Reclaman que el nuevo mercado de genéricos se dé en "forma ordenada".

b) Defienden la existencia de marcas comerciales y patentes. Consideran que "la eventual prohibición de usar la marca, si no se escribe antes el nombre genérico, significará un condicionamiento en detrimento del valor de las mismas".

c) Señalan que la adopción de un medicamento genérico debe ser una decisión voluntaria del médico y del paciente. "De ninguna manera una decisión del paciente solo o de la farmacia."

d) Es falso que los medicamentos sean iguales por el solo hecho de tener el mismo principio activo, ya que existen medicamentos "similares" que "no han demostrado su equivalencia terapéutica y biológica".

En términos reales, la pugna está concentrada en los intereses comerciales que existen detrás de una medida de este tipo. Se habla de un mercado cuyas ventas en 1996 ascendieron a 2,800 millones de dólares y que para 1997 esperaba un crecimiento de 5 por ciento.

Como señaló el químico Jaime Kravzov, actual rector de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (UAM-X), este debate en torno a los medicamentos ubica a éstos como las únicas mercancías en donde "el que paga no conoce lo que está comprando y el que receta no paga". De aquí que los rangos de discrecionalidad, sobre todo en materia de precios, sean tan altos. Datos del Indice General de Precios revelan que entre 1994 y 1996 los medicamentos tuvieron un incremento acumulado de 172 por ciento, cuando el promedio de incrementos de todos los demás productos fue de 107 por ciento durante este lapso.

El abatimiento de los precios es uno de los argumentos más fuertes de la Ssa a favor de los medicamentos genéricos. Informes de esta dependencia revelan que el costo de los fármacos se puede abatir hasta en 30 o 40 por ciento con esta medida.

El propio titular de Salud, Juan Ramón de la Fuente, ha subrayado que la existencia de medicamentos genéricos es un hecho en países desarrollados como Estados Unidos o Suiza, de donde provienen las compañías farmacéuticas transnacionales que operan en México.

El ex director del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Ricardo García Sáinz, no duda en apoyar los lineamientos generales de esta medida: es "una forma de fortalecer la capacidad de compra de quienes tienen que usar medicamentos. Lo veo muy benéfico para el usuario."

¿Cómo garantizar la calidad?
El argumento más fuerte de las farmacéuticas y la preocupación constante de quienes han analizado la medida, es el control de calidad que la Ssa implante con la introducción de los genéricos.

"Yo tengo serias dudas de que en este momento exista en el país un laboratorio de control de calidad que pudiera garantizarle al consumidor la venta de medicamentos que garanticen la necesaria eficacia", subrayó el actual diputado perredista García Sáinz.

Por su parte, Jaime Kravzov, durante su intervención en el foro "Hacia una Nueva Política de Salud", organizado por el Partido de la Revolución Democrática (PRD), indicó que la discusión entre empresas farmacéuticas y autoridades de salud se ha concentrado en "cómo asegurar que los genéricos que ya están probados, es decir, aquellos medicamentos cuya patente ya se venció, químicamente se puedan hacer, que puedan salir al mercado y asegurar que la calidad que tienen es la misma, es decir, que tienen el compuesto que se menciona en la cantidad que dice que contiene, con la rapidez de dispersión —que es la equivalencia entre unos y otros— y, sobre todo con algo que los médicos han inventado últimamente que es la 'naturaleza terapéutica'.

"Muchos piensan que todos los laboratorios son 'chafamex', que están en un garage, en casa de algún compadre de alguien de la Secretaría, y que por lo tanto no tienen ninguna calidad", ironizó Kravzov.

Consideró que el problema está en la regulación comercial que ha favorecido y amparado a las grandes compañías farmacéuticas. Ejemplificó señalando que, a raíz de las negociaciones del Tratado de Libre Comercio (TLC), en 1991, se aceptaron las patentes farmacéuticas hasta por 20 años, cuando el promedio de las patentes en el mundo es de siete años.



Kravzov expresó su deseo de que el medicamento genérico que se adquiera o se fabrique nacionalmente tenga las condiciones y las normas internacionales de calidad. "No podemos estar expuestos en materia de medicamentos a recibir 'chatarra'. No hay dos tipos de medicamentos. Hay solamente uno que es un instrumento para obtener salud", subrayó

Antivirales, al margen de los genéricos
A diferencia de otros medicamentos, los antivirales para combatir el VIH/sida no están contemplados en la reforma que abre el mercado de genéricos. El especialista Aarón Ranel explicó que, de acuerdo a los criterios establecidos en el *Diario Oficial de la Federación*, el consumo de antivirales "no representa una cifra significativa", el síndrome es considerado "una enfermedad compleja que requeire de un conocimiento especializado, por lo cual los medicamentos no pueden ser prescritos por cualquier médico".

Rangel indicó que además de los antivirales existen otros fármacos como los estimuladores de macrófagos y las eritoproyecciones que son recomendadas por los hematólogos para los pacientes seropositivos. Estos medicamentos tampoco están incluidos en el mercado de genéricos.

"El único país en América Latina que tiene contemplado al VIH/sida como una de las enfermedades comunes es Brasil y esto facilita el acceso a medicamentos, sean genéricos o no", subrayó Rangel ●

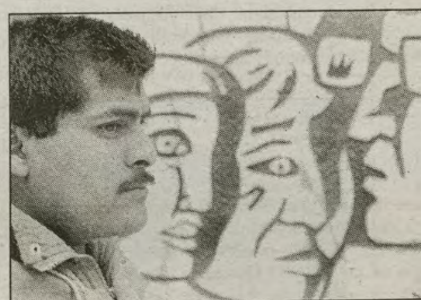
Periodista.

Curriculum VIHtae

José Luis es uno de los más de 2 mil mexicanos que han adquirido el virus que causa el sida por transfusión sanguínea. El padece hemofilia, y necesita del Factor 8 (producto derivado de la sangre) para sobrevivir.

En los primeros cinco años de la epidemia en México, antes de que se prohibiera la comercialización de la sangre, 60 por ciento de los pacientes con hemofilia se infectaron con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)[1]. José Luis fue uno de ellos. Luego de un año de tratamiento en el Centro Médico Nacional, le diagnosticaron una "posible positividad al VIH". Desde entonces, 1984, José Luis ha tenido que lidiar con dos padecimientos.

La hemofilia es una enfermedad de la sangre que puede controlarse muy bien con una atención adecuada. Pero cuando esa atención falla, el riesgo para un paciente con hemofilia infectado por el VIH es doble. La falta de ética de algunos médicos y la negación de los servicios para escatimar recursos llevó a José Luis a invitar a los demás pacientes a movilizarse: "Veía que mes con mes éramos menos, y la atención no mejoraba. Eso fue lo que despertó mi coraje."




Alejandro Brito

Sin embargo, se lamenta José Luis, aún en la misma población con hemofilia se discrimina al paciente que vive con el VIH. "No les cae el veinte que también ellos pueden estar en riesgo de adquirirlo." Por esta razón, buscó apoyo en otros grupos, como el Frente Nacional de Personas Afectadas por el VIH (FrenpaVIH), al que ahora pertenece.

Para José Luis no es justo que además de padecer una enfermedad, se tenga que sufrir el maltrato del personal médico. Por ello, desde este espacio hace un "llamado de atención a las autoridades de Salud para que asuman su responsabilidad, y a los pacientes para que ya no se queden callados".

---

1 Dato de la Asociación Mexicana de Hemofilia

Ronda editorial de amazonas y raritos

CARLOS BONFIL

La revista *Debate feminista* dedica su entrega número 16 al tema de lo *queer*, traducible como lo raro o lo extraño. Al referirse este término a las conductas heterodoxas que rompen con los esquemas tradicionales de la moral social, y al aludir a prácticas sexuales indiferentes al propósito de la reproducción de la especie, la asociación más frecuente y automática se establece con la conducta homosexual. En este caso, el vocablo es más específico, más fuerte, y su connotación claramente peyorativa, lo que nos remite, en México, a la voz popular de "rarito", a la vez sustantivo y adjetivo, es decir, identidad con escarnio adjunto.

El número más reciente de la revista lleva pues un título de insistencia lúdica, "Raras rarezas", y contiene doce secciones que reúnen más de 20 artículos y ensayos, la transcripción de una mesa redonda (En los bordes del deseo), y un colofón llamado "argüende", donde Jesusa Rodríguez y Liliana Felipe, entregan, la primera, un diálogo entre Dios y la Naturaleza ("Si Dios fuera hombre, sería mujer, si fuera *queer* sería tema de *debate feminista*"), y la segunda, una canción irreverente.

"Y si quieren saber de mi pasado..."

Lo rarito es, según Carlos Monsiváis en su ensayo "Los que tenemos unas manos que no nos pertenecen", el vocablo, ya jubilado, "que transforma lo amenazador en lo banal, en lo graciosamente inofensivo y patético". El escritor procede luego a ubicar en la historia política y cultural del México moderno, algunos momentos significativos en los que los "raritos" exhiben sus estrategias de autodefensa, sus actitudes excesivas, su extravagancia de pose wildeana, su destreza verbal, su "perreo" ("habla de las denigraciones mutuas"), y una clarísima actitud *queer, avant la lettre*.





Con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el grupo de travestis juchitecos Las Intrépidas realizó una gira por nueve ciudades del estado de Oaxaca, con un espectáculo sobre sida. Las Intrépidas también contaron con el apoyo de los ayuntamientos visitados. En las gráficas la presentación del grupo en el teatro Macedonio Alcalá de la ciudad de Oaxaca

La figura emblemática de este comportamiento social es, naturalmente, Salvador Novo, quien según Monsiváis, "es ejemplar en diversos sentidos: es un provocador que triunfa a costa de abjurar en el camino de la provocación; es un *gay* que acepta hasta lo último la división tajante entre homosexuales y heterosexuales, con los ritos correspondientes; es, sin la búsqueda de martirio, un admirador puntual de Oscar Wilde, sin duda su modelo de poses radicales; es un practicante del 'afeminamiento' que al subrayarlo satisface las expectativas del voyeurismo moral; es un *gay* que ve en el poder de compra la más auténtica zona erógena, así se traduzca en la frustración del impulso amoroso".

Después de vislumbrar el lector la posible aclimatación del término *queer* a nuestro lenguaje y a nuestra realidad social, la revista le ofrece diversas interpretaciones provenientes de la cultura anglosajona, donde el término se origina, o de la reflexión europea, en particular la francesa, donde el término se incorpora al lenguaje cifrado de la posmodernidad filosófica, y de una reflexión en torno a la cultura popular que incursiona en el reino de las "ambigüedades intencionales", cuando, por ejemplo, el antropólogo Roger N. Lancaster habla del travestismo en la vida cotidiana en Nicaragua, o cuando Sarah Water evoca la pluralidad de deseos en la película *La reina Cristina*, estelarizada por Greta Garbo, o las "metáforas espectrales" que describe Terry Castle al hablar de la actriz sueca como de una "chica rara, extraña, *queer*", desde una perspectiva lésbica. En otros artículos, el lector descubre la génesis y las numerosas interpretaciones del término *queer* en la cultura estadunidense, y su vinculación con las reivindicaciones políticas que plantean las minorías sexuales a finales de los años sesenta. El filósofo Bolívar Echeverría, establece sugerentes cercanías entre lo *queer* y el "artificialismo manierista" en las artes, entendido como la posible instauración de "nuevas formas que sólo resultan 'raras', 'caprichosas' o 'arbitrarias' respecto de las tradicionales".

La naturaleza que nunca se endereza

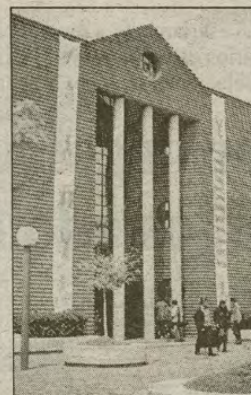
De un artículo a otro se precisa la naturaleza de lo *queer* como instancia de ruptura del orden (moral, social) establecido, y la proliferación paralela de conductas, indumentarias y actitudes de desafío, y juegos verbales en los que el humor autodenigratorio es rechazo a la hegemonía del lenguaje heterosexista y sugerencia de una variedad nueva de opciones expresivas. Lo *queer* político es, entre un grupo importante de activistas homosexuales norteamericanos, la militancia radical que rompe con los esfuerzos de reformismo y asimilación característicos del movimiento de los derechos cívicos durante los años 80. El grupo neoyorkino Act Up, de lucha contra el sida, representa una de las vanguardias de esta actitud política *queer*. En la misma década surge una agrupación gay que propone un activismo urbano más beligerante y un cuestionamiento global de la cultura heterosexual. Su nombre es síntesis de su proyecto: *Queer Nation*.

Otros textos en la revista exhiben el autoritarismo religioso y la intolerancia moral de los grupos ultraconservadores. María Consuelo Mejía ofrece un buen panorama de los esfuerzos de la jerarquía católica en México por reconquistar espacios de poder e influencia en la vida política y en el terreno de la educación; Martha Zapata examina, por su parte, las contradicciones y desvaríos en la filosofía ética del conservador argentino Enrique Dussel.

La oposición al pensamiento conservador, y a su actual beligerancia, es una constante del pensamiento *queer*. La revista plantea y argumenta muy bien un punto clave: el término no es sinónimo de lo lésbico o lo gay, aunque incluye estas categorías y las enriquece notablemente. Es, en esencia, una actitud política y cultural de rechazo a una moral autoritaria y excluyente. Otro colaborador de este número, Alexander Doty, autor del libro *Making things perfectly queer*, señala que lo *queer* "es algo que finalmente se halla más allá del género: es una actitud, una forma de responder, que se inicia en un lugar no relacionado con, ni limitado por, nociones de una oposición binaria entre masculino y femenino, o por el paradigma homo *versus* hetero". Un buen punto de partida para una reflexión, hoy indispensable, que Marta Lamas, directora de *Debate feminista*, y su equipo, tienen el acierto de impulsar en el ámbito de nuestras publicaciones ●

DEBATE FEMINISTA
Raras rarezas

El número *Raras rarezas* y otros números atrasados de esta revista, pueden solicitarse en los teléfonos 593-5813 y 593-1246 con Elvira Bolaños, o adquirirse en las principales librerías.





Grupo Cangrejo

Imágenes de la instalación mutilada por las autoridades de la Universidad del Valle

Censuran instalación sobre sexualidad en la UVM

MANUEL ZOZAYA

El 6 de octubre de 1997, el rector de la Universidad del Valle de México (UVM) plantel Tlalpan, Luis Silva, censuró una instalación artística que no había visto más que en foto y que aún no se había terminado de montar.

Resulta que un grupo interdisciplinario e interuniversitario de jóvenes artistas (Eric Jerezano de Diseño Gráfico de la UVM, César Abarca de Biología de la UNAM, María Gastélum de Relaciones Internacionales del Colmex y Omar Sailhán de Diseño Gráfico de la UAM-X) tuvieron la iniciativa de abordar abiertamente el tema de la sexualidad haciendo énfasis en el sida, la sobrepoblación, la discriminación por la orientación sexual y otros aspectos problemáticos en una propuesta que fue aceptada por la UVM. Sin embargo, antes de terminar su trabajo, llegó la orden de retirar ciertos elementos de la obra, lo que en opinión de ellos constituye una mutilación estética y conceptual. De nada valieron los intentos de diálogo por parte de los creadores, que presurosos tomaron fotografías que enviaron al rector para mostrar la calidad y seriedad de su labor, ni la intervención del jefe de Actividades Culturales. Un policía y personal de mantenimiento se presentaron para desmantelar la obra.

Según los integrantes del Grupo Cangrejo, como se autodenominan los autores de la instalación, ésta consistía en dos mantas grandes de diez metros de largo cada una, con cuerpos seriados impresos, un tendedero con prendas de ropa interior manchadas de rojo, algunas, y otras con plátanos de plástico adheridos, así como muñequitos de plástico cubiertos por condones, recortes de periódico y estampitas de santos entre otros elementos. Su intención era entablar un diálogo y una reflexión con estudiantes y maestros de ese plantel universitario. "De hecho teníamos propuestas de maestros de Diseño Gráfico y de Ética para platicar con sus grupos.

"Esto no es casual —comentan César, Omar y María— ya que la sexualidad siempre te remite a cuestiones de ética, de moral, de juicios de valor, a la religión. Casi siempre que se habla de sexualidad se habla de prohibir, de que esto está mal hecho o no es sano. Hay entonces una serie de cuestiones que retomamos para invitar a la gente a reflexionar que las cosas pueden verse de otra manera, incluso llevamos la propuesta a Conasida, que nos dotó de condones, porque queríamos discutir el uso del condón y la oposición de algunos grupos religiosos, pero parece que las autoridades lo interpretaron como una agresión, o algo inmoral o de mal gusto. Finalmente acabamos siendo víctimas de la misma intolerancia que criticamos."

Ante el autoritarismo del rector, los jóvenes optaron por desmontar la obra, sin embargo esto no hizo más que provocar la efervescencia estudiantil, que se manifestó ampliamente por escrito a favor de la propuesta artística y en contra de la censura, en un cuaderno que circuló por los salones. "La mayoría de la gente estaba muy indignada" afirman.

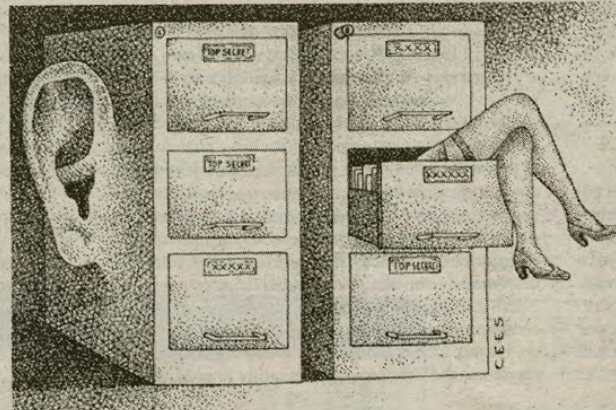
Es intolerable que la intención de "llevar nuestro trabajo a los lugares donde se genera el conocimiento, donde hay muchas formas de ser que conviven" haya sido truncada por la estrechez de criterio de la Rectoría del plantel Tlalpan de la UVM. Para colmo, no es la primera vez que esto sucede, ya que anteriormente ahí mismo se había censurado una exposición de fotografía. Parece que es muy difícil para algunas autoridades universitarias considerar a los alumnos como sujetos adultos pensantes y no como objeto de su tutela ●

Comunicador.

Organizan base de datos sobre sida en la Facultad de Psicología

ALEJANDRO BRITO

El Centro de Documentación de la Facultad de Psicología de la UNAM, que cuenta con el acervo más importante de psicología en Latinoamérica, organiza desde hace cuatro años, una base de datos sobre sida que está disponible al público general.



En entrevista con *Letra S*, la coordinadora de ese centro, Magdalena Zárate Santamaría, cuenta que dicho centro se creó en 1985, con el propósito de apoyar la investigación y la docencia en el área de la psicología y las ciencias afines. Y debido a la creciente demanda del público usuario y al cúmulo de material recibido, en 1993 se forma la base de datos especializada sobre psicología y sida. "Es un tema muy de actualidad", afirma la licenciada Magdalena Zárate, y añade que de todas las demandas de información que reciben, "un 60 por ciento es sobre sida". Por su parte, el responsable de la base de datos sobre sida, Javier Alatorre, complementa: "En todo el mundo se estaba escribiendo y publicando mucho sobre el sida desde la psicología. Lo que intentamos fue facilitar el acceso directo a estos materiales." La idea de la que partieron para formar esta base, según relata Alatorre, es que la psicología puede aportar muchas herramientas útiles en apoyo a la labor preventiva contra el VIH y en la atención de las personas afectadas.

Esta base de datos es única en la UNAM, ninguna otra facultad —y quizás ninguna otra universidad—, ha aprovechado su acervo bibliográfico y hemerográfico para crear algo igual. El acervo de este Centro de Documentación cuenta, según informa su coordinadora la licenciada Zárate, con 580 títulos de publicaciones periódicas y más de 16 mil libros. "Tenemos el centro de documentación con el acervo más importante de psicología en México y Latinoamérica", añade el licenciado Javier Alatorre.

Los materiales incluidos en la base de datos sobre sida están disponibles para todos aquellos interesados en el tema. Esta base de datos puede consultarse por Internet. El público es atendido de manera directa en el Centro o por vía telefónica o a través de los medios electrónicos, donde se dan servicios de asesoría y consultas para facilitar la búsqueda de materiales, y transmisión de documentos de biblioteca a biblioteca o de institución a institución. Además disponen de computadoras para el usuario. Los servicios son gratuitos con excepción de los servicios de envío de artículos y documentos, y de uso de computadoras. Pero se trata de cuotas mínimas de recuperación, según aclaran los funcionarios universitarios antes citados. Porque lo importante, puntualizan, es facilitar el acceso a los materiales. "Queremos que la gente sepa que este Centro de Documentación está abierto a cualquier usuario, a cualquier persona, institución u organización no gubernamental" ●

Centro de Documentación de la Facultad de Psicología:
Teléfonos: 622-2245
Fax: 622-2243
Correos electrónicos: mzarate@servidor.unam.mx
Jarico@servidor.unam.mx
Internet: http://posgrado.psicol.unam.mx
I.P. (Ariel) clave: 132.248.25.104 (para transmisión de documentos de institución a institución).

Conocer las prácticas de riesgo no conduce necesariamente a un cambio en la conducta sexual. En esta entrevista, el doctor Díaz Loving, autor de varios estudios sobre el tema, advierte sobre los hábitos de desprotección sexual que se adquieren desde las primeras relaciones sexuales y señala estrategias de prevención efectiva.

A tiempo amar y protegerse a tiempo: la prevención en los adolescentes

ENTREVISTA CON ROLANDO DIAZ LOVING

MANUEL ZOZAYA

Conforme se extiende la pandemia de sida, nos enfrentamos a nuevos retos, no sólo en el área biomédica, sino en la complejidad psicosocial que a menudo determina la transmisión del VIH, su prevención o la atención adecuada a quienes lo portan. Responder adecuadamente a la pregunta "¿por qué la gente que conoce las técnicas para impedir la transmisión sexual del virus no las pone en práctica?", puede ser uno de los factores de mayor relevancia para enfrentar esta crisis de salud pública. Esta y otras cuestiones se le plantearon al doctor Rolando Díaz Loving, investigador de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Estas son sus reflexiones:



Tomado de *Laberinto*, No. 23

"La batalla por la prevención (del sida en México) definitivamente no ha tenido el impacto deseado. Se ha incrementado exclusivamente el conocimiento sobre las prácticas de riesgo, pero eso no condujo a un cambio de conductas. Una persona puede saber perfectamente que el uso adecuado de un condón en cada relación sexual puede prevenir la transmisión del VIH y sin embargo tener un conocimiento limitado sobre los pasos a llevar a cabo y no tenerlo a mano en el momento de la relación sexual. También puede haber temor a las implicaciones sociales de comprar o poseer un condón. El conocimiento simple puede ser insuficiente. Necesitamos conocimientos particulares de cada paso a seguir para estar siempre protegidos: cómo confrontar a la pareja, cómo erotizar el uso del condón, cómo integrarlo a la sexualidad. Por eso 90 por ciento de los estudiantes universitarios dicen saber cómo usarlo, y sólo 29 o 25 por ciento lo usa en cada una de sus relaciones. Para incrementar la consistencia en el uso del condón se requieren modelos teóricos que incluyan una serie de variables que permitan predecir una conducta, es decir, una planeación, una capacidad, una serie de hábitos, una situación emocional, actitudes hacia una conducta particular e incluso expectativas y normas de otras personas que son importantes para el sujeto."

¿Cuántas monogamias?

"Un problema importante es la distinción entre una pareja regular y una pareja ocasional. Cuando preguntamos a distintas personas si son monógamas nos dicen que sí, y después resulta que han tenido varias parejas, o sea que practican una monogamia serial o secuencial. 'Hoy soy monógamo con uno(a) y mañana con otro(a).' Creen que su dinámica corresponde a una pareja regular cuando en realidad corresponde a una pareja ocasional. Por otra parte, en México, la intención de realizar 'X' conducta está fuertemente matizada por el contexto; podemos afirmar que 'nos vemos mañana', pero enseguida surgen otras posibilidades: que me encuentre a otro amigo, que llueva, que se me haga tarde, etcétera. Todo esto incide también en el uso o no del condón. ¿Qué pasa con las personas que están teniendo su primera relación? Si pensamos que la mayor parte de los contagios se dan en jóvenes, que la mayor parte de estas primeras relaciones no son protegidas, cuestionaríamos qué tanto interviene la parte racional. Yo pensaría que lo que interfiere en ese momento es una gran cantidad de emociones, y cuando respondemos emocionalmente, la primer conducta que aparece es el hábito más marcado. Si no planeamos desde antes llevar el condón a esa primera relación, lo más común es que no lo utilicemos. Esto es crucial, porque si desde entonces no se usa el condón, las probabilidades de su uso a futuro son muy bajas porque ya se creó un hábito. Construimos el mito de que 'si no me infecté la vez pasada es porque yo soy de los que no se infectan'. Entonces tenemos que crear mitos, actitudes, valores adecuados para cada ocasión, tanto para la pareja regular como para las parejas casuales."

El riesgo mayor: la desinformación

"Si el amor es central tenemos que decir que condón es amor. Las actitudes varían dependiendo de si la pareja es regular u ocasional. Para la pareja regular hay que fomentar la idea de que usar condón es racional, inteligente y placentero, mientras que para la pareja ocasional funciona el concepto de utilidad para evitar enfermedades de transmisión sexual. Hay que recalcar que el poseer todos estos conocimientos y actitudes no va a acelerar el *debut* sexual, por el contrario, los jóvenes evalúan mejor la situación y cuando llega el momento están mejor preparados. Los grupos que dan información equivocada como que 'los condones son dañinos para la salud', lo que hacen es poner en riesgo a esta población, porque el temor hace que no se informen. Entonces tienen relaciones totalmente desarmados, con alta probabilidad de infección.

"Las mujeres que han tenido múltiples parejas sin usar condón constituyen el grupo que percibe menos el riesgo. Hemos encontrado que uno de los mejores predictores de uso del condón es que la mujer lo pida, pero la mujer siente temor por la reacción del hombre, por eso prefiere no pedirlo. Hay que crear situaciones en las que el uso del condón sea parte de la responsabilidad mutua. Que la mujer lo coloque, que sea parte de lo erótico de la situación, que sirva para controlar la eyaculación precoz en el hombre."

Viejos peligros, nuevos riesgos

"El sida es una enfermedad todavía vinculada a creencias y mitos erróneos en torno a la homosexualidad y a las formas de transmisión. Por eso, en el caso de los varones que se asumen como homosexuales, las redes de apoyo se conforman de preferencia por la pareja y los grupos de amigos. Los homosexuales de Occidente cambiaron su conducta adoptando prácticas de prevención, sin embargo después de diez o quince años de mantener estas conductas, surgen datos de personas que se están empezando a infectar nuevamente. ¿Por qué? Porque están apareciendo variables que ni siquiera habíamos tenido en cuenta, tales como el afecto: por amor se dan conductas de riesgo entre parejas serodiscordantes (en donde uno está infectado y el otro no). Por otra parte, hay personas que sienten que los valores más importantes en su vida son la aventura y el riesgo, y que saben perfectamente que se están exponiendo. Ahí se requieren intervenciones que permitan cambiar esos valores que los están poniendo en riesgo. En México es todavía más complejo, porque los niveles de homofobia son todavía inmensos. El varón homosexual que no sale del clóset ni se considera homosexual, por un lado realiza actividad homosexual pero por el otro no acepta la homosexualidad como tal, por eso no puede confrontar la información porque dice 'esto no es para mí'. Quienes han trabajado muy duro con los grupos gays son las organizaciones no gubernamentales (ONG), pero sus campañas se han dirigido únicamente al aspecto del sida, no a cambiar la percepción que tiene la población de la homosexualidad. Entonces hay que fundamentar no sólo la percepción del riesgo de aquellos homosexuales que se perciben como tales y que confrontan a la población, sino también llegar a aquellos que no se han confrontado consigo mismos y confrontar a la población con la idea de que la homosexualidad es una decisión individual de una persona con otra y que no tiene porque ser criticada ni evaluada: es cosa de ellos.

"En cuanto a las autoridades y la información sobre sida ¿cumplirán con sólo decir que existe este problema y que hay que hacer algo?, o ¿debemos llegar más a fondo?

"Al ver la cantidad de personas infectadas, habría que preguntar qué es lo que no hicimos antes de que se infectaran. Hay programas que se tendrían que haber implementado con todos sus costos. Sabemos perfectamente cómo, quiénes se infectan y en qué condiciones. Necesitamos entonces llevar a cabo los programas ahí, y ese ahí es la juventud y la niñez. Tenemos que preparar a las personas para su primera relación sexual antes de que la tengan, no después. Hay que darle a la gente la capacidad de decidir sobre su existencia ●

1 Fuente: *Nivel de conocimientos y prácticas de riesgo para enfermedades de transmisión sexual (ETS) en alumnos de primer ingreso a la UNAM.* Dr. Juan Manuel Micher Camarena (Servicios Médicos, UNAM) y Lic. Jarumy Sayury Silva Bustillos (Dirección de Investigación, Conasida)



USARON CONDÓN EN SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL:

35.5% de las universitarias

42.2% de los varones

El 60% de los/as estudiantes que no usa condón considera al sida como una enfermedad ajena a su grupo de edad[1]

Sexo y prevención: las (in)certidumbres generacionales

ANGELES CRUZ

En la sexualidad de los adolescentes todavía juega un papel preponderante la presión social y, en particular, la familiar. Incluso podría decirse que en la época actual estamos viviendo un retroceso en comparación con la mentalidad y actividad de los jóvenes en la década de los 60.

Los resultados de una encuesta aplicada por la Dirección General de Servicios Médicos (DGSM) de la UNAM, entre estudiantes de nivel bachillerato así lo indican. Un ejemplo: más de 50 por ciento de hombres y mujeres con una edad promedio de 17 años, y que ya iniciaron su vida sexual, opina que la virginidad es un valor social vigente.

La actitud de la familia es diferente con respecto al ejercicio de la sexualidad de las y los adolescentes, pues mientras 54 por ciento de los hombres refirió que "a veces" sus padres les permiten vivir momentos de intimidad con su pareja, en el caso de las mujeres la respuesta de "nunca" se ubicó en 67 por ciento de las respuestas.

Carmen Losada y Melania Hernández, coordinadoras de la encuesta, consideraron que estas respuestas habrían sido inconcebibles en los 60; en aquella época la virginidad y la prohibición de las relaciones sexuales eran considerados por los jóvenes como una imposición de los adultos que había que terminar.

Los estudiantes del Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) y de la Escuela Nacional Preparatoria (ENP) que contestaron las preguntas —unos 1,400— también formaron parte de las actividades del Programa Sexunam, que se realizó durante tres años con el fin de mejorar la información que los jóvenes tienen sobre el ejercicio de la sexualidad.

En opinión de Oscar Chávez, del Grupo Interdisciplinario de Sexología (GIS), uno de los participantes en Sexunam, los y las adolescentes pueden tomar decisiones, sí saben hacerse responsables de sus vidas.

Sostiene que los jóvenes son capaces también de generar sus propias estrategias de educación, con autogestión y autonomía. Oscar Chávez explicó que el problema es que algunos funcionarios, y a veces la propia familia, no los respetan ni valoran sus capacidades.

Sin embargo, en los talleres que se organizaron con el apoyo económico de la Fundación McArthur, los jóvenes también mostraron que pueden adoptar posiciones políticas muy claras. La estrategia consistió en capacitar a un grupo de estudiantes para que después ellos mismos transmitieran la información al resto de sus compañeros, a través de los medios más efectivos elegidos por ellos mismos.

Las actividades de Sexunam se realizaron en un principio en forma coordinada entre la DGSM y cuatro organizaciones no gubernamentales (ONG), pero en el desarrollo del programa surgieron diferencias de opinión que impidieron la obtención de mejores resultados y ahora cada uno tiene su versión de los hechos y sus propias conclusiones.

De tal suerte que mientras las ONG iniciaron ya una segunda etapa del Programa, en la cual se incluirá a los profesores y padres de familia, así como un seminario sobre Educación y Sexualidad, en la DGSM las doctoras participantes han dado por terminado el proyecto y sostienen que la primera etapa fue buena, pero ya se acabó, tal como estaba planeado.



Tomado de *Laberinto*, No. 23

El objetivo inicial era demostrar que la estrategia es efectiva para informar y educar a los jóvenes en relación con la sexualidad, e incluso sustentar una propuesta a las autoridades de la UNAM para que el programa se institucionalice y forme parte de las actividades permanentes en la máxima casa de estudios.

En la UNAM, existen varios programas "que sólo funcionan cuando hay alguna competencia como la de Sexunam" sostuvo Oscar Chávez y dijo que "sin duda, son buenos pero requieren mayor consistencia". En el área de Servicios Médicos, por ejemplo, durante los últimos seis años durante el mes de octubre se organizó la Feria de la Salud, en la cual había información sobre diversos temas, incluido el de la sexualidad y la prevención del VIH/sida. Sin embargo, la que corresponde a este año todavía no se sabe cuándo se efectuará.

Otros resultados

67 por ciento de las mujeres y 55 por ciento de los hombres consideran que a veces, se busca el contacto sexual por falta de cariño de los padres.

Ambos sexos consideran que la experiencia sexual no los independiza de la familia —46 por ciento mujeres y 57 por ciento hombres.

Para 65 por ciento de las mujeres, tener relaciones sexuales ocasionales hace que las personas se sientan inseguras. En los hombres es 55 por ciento.

Después de la convivencia íntima, a veces hay mayor unidad de la pareja (77 por ciento mujeres y 56 por ciento de los hombres)

Una sexta parte de la población de ambos sexos considera que el intimar sexualmente puede ayudar a comprenderse mejor.

59 por ciento de las mujeres dijeron que la relación sexual aumenta poco el bienestar consigo mismas; en los hombres la respuesta fue en 65 por ciento.

Los estudiantes opinaron que la relación sexual provoca a veces informalidad en la pareja, 61 por ciento de las mujeres y 57 por ciento de los hombres, y con respecto al amor que genera el tener relaciones sexuales, los estudiantes se muestran igualmente escépticos.

Los encuestados no consideraron que la relación sexual sea sinónimo de madurez ni demostración de la preferencia por la heterosexualidad, aunque prefieren tener relaciones sexuales a masturbarse ●

PERFIL SEXUAL DE LOS ESTUDIANTES

	Mujeres	Hombres
3,064 estudiantes entrevistados de diferentes carreras de la UNAM	50.6%	49.4%
Se han iniciado sexualmente: 53.2%	32.7%	67.3%
Edad promedio de inicio sexual	19 años	17 años
Número promedio de parejas sexuales tenidas	1.9	3.3
Preferencia heterosexual	97.4%	94.1%
Preferencia bisexual	1.4%	4%
Preferencia homosexual	1.2%	2%

Fuente: *Hacia un modelo predictivo de la percepción de riesgo y uso del condón.* Gabina Villagrán Vázquez. Tesis de maestría. UNAM, Facultad de Psicología, 1993.

¿QUÉ PIENSAN LOS UNIVERSITARIOS DEL ?

- La mayoría de los hombres (70.4%) considera muy elevado el precio de los condones para usarlos con frecuencia.
- Una proporción mayor de hombres (64.7%) que de mujeres (35.3%) considera que son ofensivos para las esposas o parejas habituales.
- Una proporción mayor de mujeres (58.5%) que de hombres (41.5%) no aceptaría el uso del condón si su pareja se lo pidiera.
- Y sólo un 51.9 % de los hombres consideran que los condones son fáciles de usar.
- La mayoría de la población estudiantil (84.3%) considera que el uso de los condones no va en contra de su religión.

Fuente: *Hacia un modelo predictivo de la percepción de riesgo y uso del condón.* Gabina Villagrán Vazquez. Tesis de maestría. UNAM, Facultad de Psicología, 1993.

Crónica sero

JOAQUIN HURTADO

El párroco que le brinda la bienvenida al catolicismo a mi hijo Isaac es joven e inteligente. Sabe hablar en la lengua de los vecinos de San Nicolás, lo cual es ganancia. Aunque no esté de acuerdo con partes de su homilía, me siento a gusto y de alguna manera agradecido porque el rito que imparte reaviva mis lazos con esta comunidad de clase baja donde me crié y donde también crece mi hijo. La primera comunión de mi flamante chavo nos permite degustar un mole exquisito preparado por doña Socorro y acceder a un buen rato de la raza al ver la foto que nos trajo por la tarde. Aparezco en actitud beata con las manos juntitas a la altura de la barbilla.

Alguna vez había escrito que el otoño en Monterrey es una estación maravillosa. Se va el calor seco, llega un vientecillo fresco del norte y la vida se vuelve más a mable. Fuera del empanizamiento al que fuimos sometidos por el salvaje voto de los regiomontanos, la vida transcurre encabronadamente dulce y esperanzadora.

Al final de la misa de aquel domingo, en los rezos mecanizados que uno dice entre dientes, me sorprendí pidiendo por la salud del Papa. De lo que no me arrepiento en modo alguno, dicho sea con todo respeto. A pesar de don Justo Mullor y Norberto Rivera, que suelen hacer de las cuestiones de fe y de confortantes y vivas mitologías todo un campo de batalla donde la carne de cañón somos los mexicanos más fregados.

Las declaraciones del domingo 19 de Rivera Carrera (el mero día de la primera comunión de mi chamaco) en el sentido de que los que trabajamos en sida, salud sexual y reproductiva formamos parte de una conjura contra la vida y ponemos en riesgo la seguridad nacional (sic) me hizo odiarlo silenciosa y poderosamente. Todo, sí todo lo que le había oído me había movido hasta las lágrimas por el humor involuntario de sus descomunales dicterios. Pero esto sí me cayó bien atravesado.

Si no fuera porque conozco lo que es un trabajo de paz y buena voluntad, lleno de sacrificios y de espinas, de muchos hombres y mujeres católicos, por supuesto que los diabólicos llamamientos del arzobispo Norberto me tentarían al grado de aceptar la provocación y sacar mi impotencia y mi rabia seropositivas y enfocarla a una radicalización kamikaze contra las mitras y los báculos genocidas. Nel pastel. Por allí jamás. A los mestizos bien nacidos nos sobra aún inteligencia y risa para tolerar eso y más.

Qué coraje que sea usted tan estúpidamente altanero, señor Rivera. En un país que ya no está para más lumbre en el comal, viene su excelencia y abre las afiladas fauces invitándonos a la sangría. ¿Estará usted consciente de los alcances concretos de lo que hace y dice? ¿No tiene usted temor del infierno literal que de pronto puede estallarle en las narices? No exagero: en carne propia he vivido el asedio de sus cristianos grupos de choque llamados Pro Vida, Centros de ayuda para la mujer o Legionarios de Cristo. Los gatillos y polvorines se agazapan entre esos chiquillos fanatizados hasta la médula, con mucho billete y contactos por doquier.

No le busque tres pies a la precaria mesa del laicismo y libertad donde queremos sentarnos a comer y platicar lo mexicanos. Y dígale a don (in) Justo Mullor y a su santidad PJII, que los incurables infieles como yo también rezamos por su salud ●

Desde 1984, año en que crea *La máscara de la muerte roja*, la cantante vanguardista estadunidense Diamanda Galás ha integrado en sus espectáculos "diabólicos y malévolos" el tema del sida. Su célebre performance *Plague Mass*, oficiado en la catedral neoyorkina de St. John the Divine, y compositora lo presentó en 1995 en la ciudad de León, Guanajuato

Confesionario

En esa casa no hay tiempo para la Compasión,
sólo tiempo para la confesión.
Y en su cama de moribundo le preguntaron
¿Confiesa?

Y en su cama de moribundo los ángeles guarros,
zumbando a su alrededor
le preguntaron
¿Confiesas?
¿Confiesas?

Letra del disco *Plague Mass*


Nan Goldin

Invocaciones de amor y de rabia

ENTREVISTA CON DIAMANDA GALÁS

THOMAS AVENA

¿Cuáles son tus motivaciones básicas y definitivas para involucrarte con el sida?

Comencé el trabajo en 1984. Vivía en San Francisco y en San Diego. Esto fue antes de saber —o más bien de que mi hermano supiera— que él estaba infectado con el virus. No sé explicar cómo ni por qué comencé en *Plague Mass*, pero fue en ese momento. En 1986 se le diagnosticó el sida a mi hermano. Desafortunadamente, la gente tiende a querer sentimentalizar mi trabajo, a verlo como una reacción a su enfermedad. En cierta forma, además de explicárselo a sí mismos, lo que hacen es banalizarlo: "Está manifestando luto por su hermano que murió de sida." Esto les basta como explicación. El argumento también lo utilizan idiotas y misóginos para denigrar mi trabajo, como si se tratara de un patético sentimentalismo de hembra, algo tonto. Mi visión es tan fría como la de un hombre (risas). Puedo tomar una situación y verla tan desapasionadamente como cualquier otra persona.

¿Alguna vez te han rechazado como mujer seronegativa en la comunidad de gente con sida?

Sí. Y ciertamente una persona que no tiene el virus no puede entender lo que significa tenerlo. Pero por otro lado, la gente seropositiva tiene formas distintas de comprender. Si como creo firmemente, el concepto de piedad (más que el de simpatía) no ha sido del todo eliminado, por condicionamiento, de la raza humana, entonces debo sentir que triunfa mi suposición de que la gente fuera de la comunidad de seropositivos podrán, y deberán, contribuir a la lucha contra el sida. Si son o no aceptados, eso es lo de menos; ellos deberán considerarse parte de algo que es mucho más amplio que las opiniones de unas cuantas personas. La distinción que hago entre esto y la simpatía es que ésta última es el tipo de actitud que motiva a un extraño a decirme. "Ay, siento mucho lo de su hermano". Frente a lo cual siempre se me antoja decir: "Ay, mi hermano me llamó el otro día desde el infierno para decirme que nunca se lo habían cogido tan bien en su vida. Y usted, ¿cómo está?" Philip nunca se manejó en ese nivel patético, y yo tampoco.

Desde 1983 has elaborado una crónica del sida, ¿de qué manera ha cambiado con el tiempo tu enfoque artístico?

En *Plague Mass* un individuo habla en nombre de mucha gente que ya no puede hablar. El individuo también se opone a otros grupos de personas. *Vena cava*, en cambio, trata de una persona aislada, en confinamiento solitario. Aquí los gestos vocales son más sutiles, el texto más introvertido, la voz más flujo de conciencia. En *Plague Mass* los textos se declaman. Utilizo los Salmos y el Levítico —los libros de leyes que detallan el procedimiento de cuarentena al que tradicionalmente se refiere la condena de la homosexualidad. Por ejemplo, el Salmo 88: "Oh Jehová, Dios de mi salud, día y noche clamo delante de ti... Inclina tu oído a mi clamor." Esta forma de hablar es muy distinta a la de la voz interiorizada de *Vena Cava*. El tratamiento vocal es también diferente en *Insekta*, la cual revela una visión de dentro y fuera de la jaula del individuo aislado, un tipo de situación en la que los pacientes son violados o golpeados durante la noche. La única libertad que tiene esta gente son sus pensamientos. De esta manera, se asemejan a la gente con demencia, afasia o con el mal de Alzheimer.

A menudo la comunidad médica hace declaraciones sin tener mucha información. Es una necesidad obsesiva de proporcionar respuestas, de mantener el control, en lugar de admitir simplemente: "No sabemos cómo responder eso".

Algo que la comunidad médica no estimula mucho, ya sea en el caso del VIH/sida, la hepatitis o cualquier condición de inumodeficiencia, es la colaboración médico-paciente para la búsqueda de tratamientos alternativos o terapias experimentales. Se nos presenta todo en blanco y negro: si usted tiene uno de esos virus comience a planear su pinche funeral; si no los tiene, entonces ése no es su problema. ¿Por qué no habla la gente de cómo estimular el sistema inmunológico? Ese es nuestro mayor desafío. No es que los virus no vayan a existir, o que no nos vayamos a exponer a ellos y atrapar enfermedades, o desarrollar anticuerpos, sino que tenemos que ser capaces de desarrollar un organismo fuerte capaz de lidiar con estas situaciones.

¿Cuáles son los aspectos más indignantes del sida, o de la reacción al sida por parte de las mayorías?

Lo más indignante es el miedo que la mayoría de la gente tiene del peligro de contraer la enfermedad. Ese miedo consume todo aquello de lo que se habla, al final todo lo demás se banaliza. No sólo es algo cobarde, es también un síntoma de un desorden mental de la sociedad. Mucha gente en la comunidad heterosexual aborda este tema con el cerebro funcionándoles en el trasero, en forma retrógrada. Este miedo refleja una concepción simplona del mundo; es algo que me parece de los más extraño.

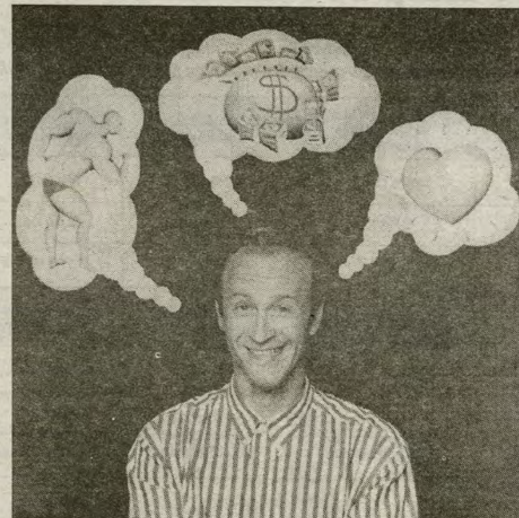
Tomado parcialmente del libro *Life sentences* editado por Thomas Avena (Mercury House, San Francisco, 1994).
Traducción: Carlos Bonfil.

Las construcciones culturales de la masculinidad

ANA AMUCHASTEGUI/MARTA RIVAS

La masculinidad es un tema de interés reciente para académicos, activistas e investigadores empeñados en comprender la compleja vinculación entre los cuerpos, las identidades de género y las prácticas sexuales. Hasta hace poco, en nuestro país las discusiones sobre el género se limitaban a los asuntos relacionados con las mujeres, es decir, al cuestionamiento de las definiciones fijas y restrictivas de la femineidad. Pero la balanza que favorece a los hombres en el ejercicio del poder oscureció, por mucho tiempo, el hecho de que en efecto existen malestares y sufrimientos en el universo de la masculinidad.

Víctor Seidler, sociólogo inglés especialista en el tema[1], comparte con muchos otros la idea de que no existe una sola masculinidad, sino formas y significados de ser hombre que dependen de un periodo y una cultura determinados, es decir, que las masculinidades están construidas históricamente. Seidler centra su reflexión en la masculinidad dominante que nació en Europa durante la Ilustración, y que está marcada por la moral protestante y el colonialismo.


Carolyn Jones

Los signos de la masculinidad y la tradición cultural de occidente

En este modelo, definido por los hombres de las clases y razas hegemónicas de tal época, la masculinidad se construyó íntimamente ligada a la razón y la instrumentalidad, en oposición a la naturaleza y la emoción. De hecho, lo Uno, el Hombre, se consideró esencialmente como lo contrario de lo Otro, la naturaleza, a la que se relacionó estrechamente con la supuesta esencia femenina, la sexualidad, y el cuerpo. De este modo, la masculinidad se construyó como lo *no-Otro*, en una permanente incertidumbre y necesidad de probarse a sí misma a través del dominio de la naturaleza y sus representantes.

Durante la colonia, nuestro país heredó algunas de estas concepciones, pero es probable que muchos de estos componentes simbólicos de la masculinidad sean diferentes por la influencia del catolicismo y por su encuentro con las culturas indígenas.

En este espacio quisiéramos reseñar algunas de las ideas de Seidler y ofrecerlas para que se discuta su posible relevancia para la realidad de nuestro país:

1. ¿Son el cuerpo y la sexualidad de los hombres una parte de su identidad, o más bien se viven como expresiones de una animalidad que deben controlar? En la tradición católica, el cuerpo es visto como el sitio de la inmundicia, el pecado y la tentación, de modo que las personas —y particularmente los hombres— mantienen una relación de exterioridad con él, es decir, como si éste les fuera ajeno.

2. En el pensamiento occidental, que considera a la razón como el estado más elevado del hombre, obviamente no es deseable ser identificado con el cuerpo, sus secreciones y sensaciones. En consecuencia, el cuidado de la propia salud se ve dificultado pues requiere que la persona escuche y esté en contacto con su cuerpo pero, como este contexto lo define como pecaminoso, esta tarea resulta sumamente difícil para los hombres. Por eso ellos aprenden a enajenar sus cuerpos, lo cual los lleva también a negar sus dolencias y enfermedades, y a separar su experiencia emocional para intentar controlarla.

3. La masculinidad dominante está muy ligada a la actividad, la cual se expresaría principalmente en la sexualidad y el trabajo compulsivos. Por ello, los hombres encuentran difícil tomarse el tiempo para detectar o reconocer sus malestares y sus experiencias, pues ello requiere silenciar su mundo activo y atender a sus cuerpos. Los hombres se defienden de sus sentimientos porque éstos se consideran un reflejo de homosexualidad: los sentimientos se encuentran sexualizados, pues a la suavidad, la ternura y la vulnerabilidad se les considera como signos de tendencias homosexuales. Una de las formas más eficaces de defenderse de este temor es la conversión inmediata de todos estos sentimientos en enojo o ira. Si un hombre siente una tristeza profunda, la violencia contra su pareja, por ejemplo, le permite aquietar esa emoción. La agresión no es solamente una manera de controlar a las mujeres, sino también de controlar la propia vida emocional. Por eso es imprescindible trabajar con las emociones y sentimientos de los hombres.

4. Los hombres están a la defensiva pues supuestamente no deben confiar en otros hombres, lo cual está fundado en relaciones altamente competitivas. El miedo a ser vulnerable marca las posibilidades de acercarse entre sí, en especial porque la intimidad se encuentra sexualizada: los hombres sienten que si se acercan emocionalmente a otros hombres, acabarán por tener relaciones sexuales con ellos. De este modo, la homofobia se encuentra en la base misma de la heterosexualidad, y no es posible trabajar con los hombres sin tomar en cuenta este temor.

5. En los discursos sobre salud reproductiva se asume que los hombres son irresponsable; la literatura se encuentra plagada de concepciones negativas de la masculinidad, una de ellas es que la sexualidad de los hombres es esencialmente compulsiva. Una de las consecuencias de esta concepción es que los hombres, y en particular los jóvenes, frecuentemente se niegan a recibir la información que los describe de manera tan negativa, pues los culpabiliza. Quienes trabajamos en estos temas no hemos estado muy dispuestos a hablar sobre el placer sexual de los hombres porque, en virtud de que lo consideramos irrefrenable e inclusive peligroso, se vuelve necesario controlarlo y no reconocerlo. Sin embargo, es importante promover la idea de que los hombres pueden sentir el deseo sexual sin que éste sea compulsivo, reconociendo otros ritmos de relación que los codificados para ellos y la riqueza del contacto emocional. Para ello es necesario des-sexualizar los afectos.

6. En sociedades en las cuales existe un dominio masculino no autoritario, la paternidad se convierte en un signo de masculinidad, situación que no ha sido suficientemente tomada en cuenta en los mensajes de salud. Se ha trabajado la paternidad en su sentido negativo, como poder y autoridad. Ahora es necesario abordar la paternidad como una relación: ¿cómo se sienten los hombres frente al embarazo?, ¿qué tipo de relaciones establecen los padres con sus hijos y sus hijas, y cómo cambian en el tiempo? Por ejemplo, a cierta edad, los padres dejan de tocar y acariciar a sus hijos por miedo a promover en ellos tendencias homosexuales —o volverlos "maricones", que no es lo mismo. Súbitamente los pequeños dejan de tener un contacto emocional y corporal cercano con sus padres sin mediar explicación alguna. Lo mismo sucede con las hijas porque, como hemos dicho antes, la intimidad se encuentra sexualizada y no concebimos la posibilidad de tener cercanía afectiva y corporal con una persona sin que supuestamente experimentemos excitación sexual.

La ternura viril: forma de ruptura antisexista

Todas estas ideas han contribuido, a decir de Seidler, a construir una masculinidad dominante en el mundo occidental y que, con transformaciones y particularidades, se ha exportado a otras latitudes, incluido nuestro país. Caben, sin embargo, algunas preguntas.

Por ejemplo, la masculinidad de los hombres blancos europeos se encuentra marcada por un acentuado individualismo que en México no tiene la misma magnitud debido a la antiquísima tradición de identidad comunitaria tanto de las culturas indígenas como de la Contra-Reforma española. ¿Hasta dónde, se pregunta Seidler, la posibilidad de los hombres de entrar en contacto con su cuerpo, y por lo tanto con sus emociones, se encuentra dificultada por este ser-con-el-otro y con el grupo social? ¿Qué matices introduce la etnicidad en las masculinidades de nuestro país? ¿Cuál es el impacto de la modernidad en las concepciones tradicionales y religiosas acerca de ser hombre?

Lo que queda claro es que la sexualidad de los hombres ha sido construida como algo ajeno a ellos que requiere satisfacción inmediata o control férreo, cuando en realidad está ligada a una vivencia amenazante de su cuerpo y de sus emociones, los cuales están sexualizados de antemano, sin atender a las infinitas posibilidades de la experiencia humana.

Seidler propone los grupos de reflexión de hombres como una poderosa herramienta para la lucha contra la desigualdad de género, pues el trabajo sobre los malestares de la masculinidad llevaría necesariamente a una revisión de la relación de los hombres con las mujeres desde sus propias inquietudes y dificultades. Muchos hombres desean aceptar y enriquecer su vida emocional, pero para ello requieren el apoyo de otros hombres a fin de no sentirse aislados dentro de una cultura que juzga duramente el afecto y la cercanía viril ●

Profesoras investigadoras del departamento de Educación y Comunicación de la UAM-Xochimilco.

1 Seidler, Víctor, 1987. Reason, desire and male sexuality. En: Caplan, Pat (Ed.). *The cultural construction of sexuality*. Routledge, London/New York.
——, 1995. Los hombres heterosexuales y su vida emocional. En: *Debate feminista*. Año 6, Vol. 11, Abril.
——, 1997. *Man enough. Embodying masculinities*. Sage, Thousand Oaks.

Agradecemos a la
Fundación Levi Strauss
el estímulo brindado para
elaborar esta sección

RESULTADOS DECISIVOS SOBRE SIDA SE PUBLICAN EN EL *NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE*

Sulfato de indinavir: importantes avances terapéuticos

LORENZO ZEMPOALA

El inhibidor de proteasa, sulfato de indinavir tomado con otros dos medicamentos para el SIDA redujo la cantidad de VIH en la sangre a niveles no detectables durante un año en la mayoría de los pacientes, retrasó el avance de complicaciones características del SIDA y prolongó la vida de los pacientes, según los resultados de dos estudios importantes publicados en el *New England Journal of Medicine*. Los artículos demostraron el efecto poderoso y duradero del sulfato de Indinavir en terapia triple —el tratamiento recomendado para personas con VIH/SIDA, pero que menos de la mitad de los pacientes diagnosticados a nivel mundial reciben actualmente.

Un artículo en el número de esta semana escrito por el doctor Roy Gulick, presentó los resultados del estudio en el cual por primera vez la terapia triple con sulfato de indinavir disminuyó los niveles del VIH por debajo del límite de detección (menos de 500 copias/ml) con las pruebas disponibles comercialmente y mantuvo estos niveles "no detectables" de virus durante un año. En el segundo artículo, el Estudio 320 del Grupo de Estudio del SIDA (ACTG por sus siglas en inglés) de los Institutos Nacionales de Salud, presidido por el doctor Scott Hammer y colaboradores informó que la terapia triple con sulfato de indinavir disminuyó las muertes y retrasó el avance de la enfermedad notablemente en comparación con la combinación de la zidovudina y lamivudina. Ningún otro ensayo de punto final clínico ha comparado la terapia triple que incluye un inhibidor de proteasa con la combinación de dos medicamentos que es más potente que el tratamiento sólo con zidovudina u otros nucleósidos análogos.

El virus del SIDA permaneció en niveles no detectables durante un año con sulfato de indinavir en el Protocolo 035

El doctor Gulick de la Facultad de Medicina de la Universidad de New York informó sobre los resultados del Protocolo 035 al cabo de un año, un estudio que mostró que el VIH podía disminuirse a niveles por debajo de su detección (menos de 500 copias/ml) en la sangre de la mayoría de los pacientes. En este estudio de 97 pacientes que anteriormente habían recibido zidovudina, a más del 80 por ciento de los pacientes en terapia triple con sulfato de indinavir, zidovudina y lamivudina se les redujo el nivel de virus en la sangre a niveles no detectables hasta por un año. Asimismo, cuando se realizó una prueba de investigación más sensible, se encontró que la mayoría de los pacientes en terapia triple tenían hasta menos de 50 copias/ml.

Los resultados de las investigaciones (Protocolo 035) presentados a principios de este año mostraron que 82 por ciento (18/22) de los pacientes en terapia triple seguían teniendo niveles no detectables (menos de 500 copias/ml) del virus en la sangre después de un año y cuatro meses. "Ningún régimen antirretroviral ha logrado las disminuciones marcadas y sostenidas en carga viral como las observadas con esta combinación triple-medicamento (sulfato de indinavir, zidovudina y lamivudina)," escribió el doctor Gulick. "Los resultados de este estudio apoyan una nueva norma para la evaluación de terapias antirretrovirales."

"En este estudio, la terapia de combinación triple con indinavir tuvo efectos benéficos para la mayoría de los pacientes, incluso aquellos que habían tomado zidovudina y aquellos cuyos sistemas inmunológicos ya habían sido dañados por el VIH," dijo el doctor Gulick. "A mi juicio, la terapia triple, que incluye un inhibidor de proteasa generalmente es bien tolerada y altamente efectiva y debería ser la norma para el cuidado de pacientes con el VIH."

Tabla 1

Protocolo 035: Resultados claves del estudio presentados en el *New England Journal of Medicine*

40 semanas	Sulfato de indinavir +zidovudina+ lamivudina	Sulfato de indinavir	Zidovudina+ lamivudina
% no detectable (<500copias/ml)	86% (19/22)	32% (8/25)	0% (0/18)
Cambio promedio en carga viral	-2.03 $\log_{10}$	-0.52 $\log_{10}$	-0.47 $\log_{10}$
Cambio promedio en cuenta de células CD_4	+138 células/mm^3	+110 células/mm^3	+35 células/mm^3
52 semanas*	**Sulfato de indinavir +zidovudina+ lamivudina**	**Sulfato de indinavir**	**Zidovudina+ lamivudina**
% no detectable (<500copias/ml)	100% (5/5)	20% (1/5)	0% (0/5)
Cambio promedio en carga viral	-2.28 $\log_{10}$	-1.15 $\log_{10}$	-0.0 $\log_{10}$
Cambio promedio en cuenta de células CD_4	+225 células/mm^3	+100 células/mm^3	+31 células/mm^3

El sulfato de indinavir está indicado para el tratamiento de la infección por el VIH en adultos cuando se justifica una terapia antirretroviral. Esta indicación se basa actualmente en el análisis de puntos finales sustitutos (disminuciones en carga viral e incrementos en la cuenta de células CD_4), en estudios de hasta 24 semanas de duración. Los resultados de los estudios publicados, se presentaron para su revisión a las agencias regulatorias de medicamentos para su inclusión en la información para prescribir el sulfato de indinavir.

Hasta los pacientes con resistencia a la zidovudina y sistemas inmunológicos debilitados se beneficiaron en este estudio

Además de ayudar a establecer niveles no detectables de virus como una nueva meta en la terapia de VIH, el Protocolo 035 fue uno de los primeros estudios en evaluar un inhibidor de proteasa en terapia triple en pacientes tratados anteriormente con antirretrovirales como la zidovudina. Los pacientes en este estudio habían tomado zidovudina por un promedio de 2.4 años pero no habían tomado ni lamivudina ni un inhibidor de proteasa. En la línea basal, los 97 pacientes del estudio tenían una cuenta promedio de CD_4 de 144 células/mm^3 y una carga viral promedio de 43,190 copias/ml. (Tabla 1.)

La supresión constante del virus parece minimizar la resistencia

El doctor Gulick y sus colaboradores, notaron que aquellos pacientes en terapia triple con sulfato de indinavir a quienes se les siguió disminuyendo el nivel del virus por debajo de lo perceptible (menos de 500 copias/ml) durante un año en este estudio ocurrió sin que hubiese evidencia de desarrollo de un virus resistente al sulfato de indinavir. Esto sugirió, dijeron, "poca, si es que alguna, replicación continua del VIH" en pacientes recibiendo terapia triple en este estudio. "La actividad duradera antirretroviral del régimen triple-medicamento," escribieron los autores, "parecía ser el resultado directo de la incapacidad de que surgiese un virus resistente".

La terapia triple con sulfato de indinavir redujo muertes y complicaciones relacionadas al SIDA a aproximadamente la mitad en personas con SIDA en ACTG 320

En el segundo estudio publicado en el *New England Journal of Medicine* con pacientes que anteriormente habían tomado otros medicamentos anti-VIH, sulfato de indinavir en la terapia triple redujo el riesgo de infecciones, cánceres y muertes relacionadas con el SIDA a aproximadamente la mitad en comparación con la combinación de zidovudina y lamivudina. "Queda claro que terapias bien toleradas de potencia cada vez mayor como el brazo con indinavir de este estudio son preferibles para personas con enfermedad avanzada del VIH," dijo el doctor Scott Hammer de la Facultad de Medicina de Harvard, el autor principal del estudio ACTG 320.

La terapia triple con sulfato de indinavir fue superior a la combinación de dos medicamentos en los dos subgrupos del estudio, aquellos con SIDA avanzado (cuentas de células CD_4 menores o iguales a 50 células/mm^3) y aquellos con cuentas de células CD_4 de entre 51 y 200 células/mm^3.

De importancia es que el estudio incluyó una selección variada de pacientes: 28 por ciento de los participantes eran afroamericanos, 19 por ciento eran latinos y 17 por ciento eran mujeres. ACTG 320 incluyó a 1,156 pacientes, y comparó la terapia triple con sulfato de indinavir, zidovudina y lamivudina (o stavudina) contra zidovudina y lamivudina. La cuenta promedio de CD_4 en la línea basal era de 87 células/mm^3, y los pacientes habían anteriormente tomado zidovudina por un promedio de 1.75 años pero no habían tomado ni lamivudina ni un inhibidor de proteasa. (Tabla 2.)

Tabla 2

ACTG 320: Resultados claves del estudio presentados en el *New England Journal of Medicine*

	Sulfato de indinavir +zidovudina +lamivudina	Zidovudina+ lamivudina	Diferencia
Avance al sida/infecciones relacionadas con sida	6% (33/577)	11% (63/579)	reducción de riesgo del 50%
Muerte	1.4% (8/577)	3.1% (18/579)	reducción de riesgo del 57%
Aumento en cuenta de células CD_4 (a las 40 semanas)	121 células/mm^3 (n=169)	40 células/mm^3 (n=158)	+81 células/mm^3
Reducción en carga viral (a las 24 semanas)*	2.8 $\log_{10}$ (n=70)	0.6 $\log_{10}$ (n=65)	-2.2 $\log_{10}$
Pacientes con virus no detectable (<500 copias/ml) a las 24 semanas*	60% (n=70)	9% (n=65)	——

*Evaluado en un grupo de pacientes seleccionados al azar.

La buena tolerabilidad de sulfato de indinavir ayudó a los pacientes a seguir con la terapia en los estudios

La terapia triple con sulfato de indinavir, que fue tomada por 600 pacientes en los dos estudios juntos, fue bien tolerada en general. De los pacientes con terapia triple con sulfato de indinavir, sólo 3 por ciento (1/33) en el Protocolo 035, y 3 por ciento (19/577) en ACTG 320 suspendieron la parte ciega del estudio debido a eventos adversos.

"Para continuar suprimiendo el virus, los pacientes tienen que seguir con la terapia", dice el doctor Jeff Chodakewitz, director de investigación de un prestigiado laboratorio farmacéutico y coautor de ambos estudios. "La tolerabilidad del sulfato de indinavir puede ayudar a los pacientes a seguir con la terapia, lo cual debería de ayudar a mantener disminuidos los niveles del virus."

La mayoría de las personas con VIH no están tomando un inhibidor de proteasa

"Uno de los retos que enfrentamos ahora es el educar a la comunidad seropositiva acerca de los resultados de estos estudios," dice Kevin Robert Frost, director de Información e Investigación Clínica de la Fundación Americana para la Investigación del Sida. "Esperamos que las personas que viven con el VIH busquen más información acerca de estos tratamientos y los discutan con sus médicos."

La combinación de un potente inhibidor de proteasa con dos inhibidores de transcriptasa reversa de nucleósidos —incluyendo la terapia triple con sulfato de indinavir considerada en estos dos artículos— fue recomendada como el tratamiento de "primera elección" para una infección por VIH establecida, en los lineamientos para el uso de agentes antirretrovirales publicados a principios de este año por la Sociedad Internacional del Sida–USA y el Panel Sobre Prácticas Clínicas para el Tratamiento de Infecciones por VIH del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Acerca del sulfato de indinavir

Actualmente, más de 160 mil pacientes en todo el mundo están tomando sulfato de indinavir, el inhibidor de proteasa más recetado del mundo. El sulfato de indinavir actualmente está aprobado en más de 65 países y ha sido estudiado en más de 4 mil pacientes en todo el mundo.

El sulfato de indinavir es el primer medicamento que sale del programa de investigación del SIDA, que comenzó en 1986 y que resultó en importantes adelantos que se convirtieron en la base para el desarrollo de inhibidores de proteasa. El sulfato de indinavir ha sido estudiado más extensamente que cualquier otro inhibidor de proteasa, y docenas de estudios que ponen al sulfato de indinavir a prueba en nuevas combinaciones, regímenes, poblaciones y estrategias están en curso o programados, incluyendo un estudio donde se utiliza sulfato de indinavir dos veces al día. Actualmente, se explora la investigación básica en muchas otras áreas del VIH/SIDA, incluyendo inhibidores de integrasa, quimiocinas y vacunas ●

Niños y adultos se benefician de los avances en materia de terapias antisida

Bristol-Myers Squibb anunció el pasado 26 de agosto que la Unión Europea aprobó el uso de Zerit (d4T, stavudina), tanto en niños como en adultos, como parte de la terapia combinada en el tratamiento inicial del VIH, causante del sida.

El tratamiento de primera línea aprobado por la Comisión Europea, establece el uso de d4T como tratamiento inicial para la infección por VIH, cuando se utilice en combinación con otros análogos de nucleósidos, con o sin la ingesta de un inhibidor de proteasa.

El que se haya permitido en terapias en infantes, permite ampliar el abanico de alternativas terapéuticas que se utilizan en el manejo del sida en este sector de la población. En Europa, sólo Videx (ddI) y AZT están autorizados y aprobados para el tratamiento del sida en niños.



Carolyn Jones

"Observando la alta tolerabilidad del d4T, y su relativa falta de resistencia y resistencia cruzada con otros antirretrovirales, los especialistas deberían considerar al d4T como un componente lógico en el tratamiento inicial", comentó el doctor Brian Gazzard, del Kobler Center, Chelsea and Westminster Hospital. "Esta droga puede ser particularmente útil en niños, y además será muy sencillo que la toleren."

La autorización de este medicamento como terapia de primera línea, se basó en datos recientes de estudios clínicos que demostraron que utilizando en combinación el d4T, se puede reducir la carga viral a niveles indetectables, y aumentar el número de células CD4. Ambos factores son determinantes en la recuperación del paciente.

Se estima que poco más de 2.6 millones de niños y 21.8 millones de adultos, alrededor del mundo, se encuentran infectados con el VIH. En Europa, cerca de 10 mil casos de pacientes pediátricos con VIH se han reportado de septiembre de 1996 y más de 191 mil casos de adultos han sido reportados desde abril de 1997. De manera reciente, las Naciones Unidas estimaron que aproximadamente mil niños alrededor del mundo se infectan cada día con el VIH.

La aprobación de este medicamento no es particularmente significativa, pues los datos demuestran que la secuencia en la aplicación de las terapias antirretrovirales es crucial para mantener las opciones futuras de tratamiento. Los estudios muestran que los pacientes expuestos previamente a una terapia con AZT, pueden ver reducida la efectividad de una terapia subsecuente con d4T reforzando la necesidad de considerar una terapia combinada basada en d4T cuando se inicie el tratamiento.

En un estudio, Christine Katlani, M.D., del Hospital de la Pitié-Salpetriere, París, mostró que el tratamiento inicial con d4T y 3TC, fue una de las combinaciones de nucleósidos más potente, pues se observó una reducción en la carga viral de 97.8 por ciento, y un incremento de más de 110 por ciento en el número de células CD_4, en un lapso de 25 semanas. En aquellos que ya habían ingerido algún antirretroviral, la respuesta fue menor, lo que sugiere que la combinación basada en d4T como tratamiento de primera línea, asegura que el futuro en el tratamiento antirretroviral puede continuar.

En niños, el d4T ha mostrado ser bien tolerado y conveniente. Puede administrarse dos veces al día como forma líquida y penetrar al sistema nervioso central del menor. De cualquier forma, los estudios se encaminan hacia el establecimiento de la seguridad y eficacia del d4T en combinación con otros tratamientos contra el VIH, incluyendo inhibidores de proteasa. Los datos preliminares de esta terapia, doble, triple y hasta cuádruple en niños y adultos, también se incluyen en los estudios de la Comisión Europea.

Trabajos recientes muestran que las combinaciones dobles y triples son las más efectivas, lo que significa un mejor manejo de la enfermedad. Mientras las investigaciones continúan, se sabe y se acepta que los análogos de nucleósidos, como el d4T, deberían ser la base de las combinaciones. Los datos clínicos con d4T refuerzan su uso en una variedad de combinaciones y etapas de la enfermedad.

"Basados en la decisión de la Comisión y los estudios clínicos con d4T, pensamos considerar las combinaciones con d4T como base", dijo el doctor Gazzard. "Esta decisión es significativa para los especialistas, pacientes y la comunidad involucrada con el VIH" ●

Aprueban el uso de Zerit (stavudina) como terapia de primera línea en el tratamiento contra el VIH

El sida es quizá la enfermedad que ocupa, desde hace varios años, un espacio en los medios de comunicación. ¿La razón? Pues sencillamente porque es la pandemia que está atacando al mundo entero y que parece no tener enemigo alguno.

Sin embargo, en fechas recientes, una noticia que sin duda alguna marcará una nueva etapa en el tratamiento del VIH, es la aprobación por la Unión Europea del uso de Zerit (stavudina) en el tratamiento de primera línea en pacientes con VIH..

Esta noticia fue dada a conocer el pasado 25 de agosto por autoridades de los laboratorios Bristol-Myers Squibb, en Princeton, Nueva Jersey. Como se sabe, las terapias actuales antisida contemplan al AZT como tratamiento base, sin embargo, la autorización de Zerit ampliará al abanico de alternativas terapéuticas para los pacientes.

La decisión se basó en datos recientes provenientes de estudios clínicos con Zerit en adultos y niños, quienes demostraron que la combinación que incluía d4T puede reducir la carga viral, incluso a niveles indetectables, y un incremento en las células CD_4. Ambos factores son marcadores definitivos de una mejoría en la infección.

Bristol-Myers Squibb es una de las compañías en la investigación y desarrollo de tratamientos para el VIH. Además de Zerit, cuenta con Videx (didanosina), también conocida como ddI, para el tratamiento contra el VIH. Pero los esfuerzos no terminan ahí, esta casa farmacéutica actualmente desarrolla los nuevos inhibidores de proteasa.

> Este hecho marcará una nueva etapa en el tratamiento del VIH, pues después de más de diez años de utilizar AZT como terapia base, ahora se contará con esta nueva droga

Zerit se encuentra disponible en Estados Unidos desde junio de 1994, en Europa desde mayo de 1996, en México desde junio de 1997 y en diversas partes del mundo. En Estados Unidos, Zerit se indica para el tratamiento de VIH en pacientes que reciben un tratamiento prolongado con AZT (Zidovudina). Respecto a factores colaterales de esta novedosa droga, se sabe que Zerit provoca netropenia periférica, la cual usualmente desaparece al abandonar la ingesta del medicamento o reducir su dosis.

Por su parte, Videx se encuentra en el mercado norteamericano desde 1991, y también en diversas partes del mundo, en donde se utiliza como tratamiento de primera línea en la terapia antirretroviral. Los efectos colaterales más adversos se relacionan con diarrea y neutropenia periférica. Tanto Zerit como Videx también se utilizan en infantes con VIH.

Bristol-Myers Squibb también desarrolla una importante labor en el tratamiento de neoplasias malignas (cáncer) en pacientes con VIH. Para ello, cuenta con paclitaxel que se utilizan en pacientes con sida y que presentan sarcoma de Kaposi ●

Para servirle a usted

Programas de sexualidad y prevención de sida en Universidades

Ofrecemos un directorio de algunas Universidades y Centros de Investigación y/o Educación que desarrollan programas de sexualidad y/o prevención del sida, así como de Organizaciones Civiles dedicadas a la educación sexual. Para mayores informes llame a Telsida: 207-4077 y del interior del país al: 91(800)90-832

Universidades e Instituciones Educativas

Distrito Federal

Colmex/Colegio de México
Camino al Ajusco Nº20
Col. Pedregal de Sta. Teresa
01000, México, D.F.
*PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA Y SOCIEDAD
Tel.: 645-5955 ext. 4085/Fax: 645-0464
Seminarios y cursos de especialización en salud reproductiva. Acceso a bibliografía especializada sobre los temas de masculinidad, sexualidad, género, ética, y derechos reproductivos.
*PROGRAMA INTERDISCIPLINARIO DE ESTUDIOS DE LA MUJER
Tel.: 645-5955 ext. 3126/Fax: 645-0464
Investigaciones sobre violencia doméstica y salud reproductiva. Cursos de verano y especiales sobre género, sexualidad y salud reproductiva, entre otros Centro de documentación.

UNAM
*PUEG/PROGRAMA UNIVERSITARIO DE ESTUDIOS DE GÉNERO
Coordinación de Humanidades/UNAM
Zona Cultural Ciudad Universitaria
045510, Coyoacán, D.F.
Tel.: 622-7581 al 83
Fax.: 622-7580
Seminarios permanentes sobre sexualidad, masculinidad, salud y derechos reproductivos. Seminarios periódicos sobre mujer y trabajo; género, ciencia y tecnología; género y medio ambiente. Directorio de proyectos de mujeres para mujeres y/o proyectos que se realizan con mujeres en el país. Disponible en Disquetes.
Facultad de Psicología
Av. Universidad Nº3004
Ciudad Universitaria
Col. Copilco Universidad
04510, México, D.F.
*PROGRAMA DE SEXUALIDAD HUMANA
Tel.: 622-2309
Diplomado en sexualidad humana y salud sexual: formación de educadores. Investigación, talleres y cursos de sexualidad a solicitud de instituciones. Atención psicológica a personas con VIH.
*PAISAS
Programa de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Agresión Sexual
Tel.: 622-2254/Fax: 622-2253
Apoyo psicológico. Canalización al servicio médico y al apoyo legal. Talleres y conferencias.
*SEXUNAM
Proyecto universitario de salud sexual en y desde los jóvenes estudiantes en bachillerato y universidad.
Tel.: 659-2453 • 658-9438
*MUSEO UNIVERSITARIO DEL CHOPO
Enrique González Martínez Nº10
Col. Santa María
Tel.: 659-2453
Taller de sexualidad y prevención.

UAM-X
Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco
Calzada del Hueso Nº1100
Col. Villa Quietud. 04960, México, D.F.
Unidad de Postgrado
Edifico Central 2o. piso
Tel.: 724-5204 • 724-5118
*MAESTRÍA DE MEDICINA SOCIAL
Programa de investigación social en género y salud sexual. Cursos monográficos y talleres.
*OLLINHUITZICALLI
La casa del colibrí cambiante
C. elect.: jcosme@cueyatl.uam.mx
Grupo lésbico-gay de la UAM-X.
Investigación interdisciplinaria sobre la homosexualidad en México.

Michoacán

Colegio de Michoacán, A.C.
Martínez de Navarrete Nº505
Fracc. Las Fuentes
59690, Zamora, Mich.
Investigación en antropología, sexualidad, género, familia y migración. Eventos y conferencias.

Querétaro

Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Psicología
Cerro de las Campanas. 07610,
Querétaro, Qro. Tel.: (42)16-3103
Investigación en salud sexual. Seminarios, talleres y diplomado en Sexualidad Humana. Aquesex.

Veracruz

Universidad Veracruzana
Centro de Atención Integral para la Salud del Estudiante Universitario
Zona Universitaria
Apdo. Postal 358
Xalapa, Ver. Tel.: (28)15-3598
Talleres y cursos sobre salud sexual y reproductiva, prevención del VIH/sida. Investigación sobre sexualidad en jóvenes universitarios.

FEMESS
Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología, A.C.
Tezoquipa Nº26
Col. La Joya
14000, Tlalpan, D.F.
Tel.: 573-3460/Fax: 513-1065
Red de organizaciones de todo el país dedicadas a la salud y educación sexuales, algunas de la ciudad de México aparecen aquí.

Líneas de Información

De joven a joven
Tel.: 518-4107
Programa de orientación a adolescentes DIF/CONAPO. Información sobre sexualidad, enfermedades de transmisión sexual (ETS) y sida, entre otros. Servicio las 24 horas, todos los días del año.

1972 *Letra S* **1997**
Felicita a la
Asociación Mexicana de Educación Sexual, A.C.
por sus 25 años de incansable labor social.

Agenda

CANAL 11
Barra Diálogos en Confianza
Noviembre
De lunes a viernes de 11:00 a 13:00 hrs.
Miércoles 19 "Sida y Sociedad"
Viernes 28 "Campañas contra el Sida"
Diciembre
Lunes 1 "Hasta donde la vida es vida "
Miércoles 3 "Sida y Cultura"

7 de noviembre
PRESENTACIÓN DE LIBRO
La reforma contra la salud y la seguridad social
De Asa Cristina Laurel
Comentarán: Ricardo García Sáenz, Miguel Angel Granados Chapa y Laura Tavares
19:00 hrs. Casa Universitaria del Libro
Orizaba Nº24. Col. Roma

Del 10 al 28 de noviembre
XX CURSO MONOGRÁFICO DE MEDICINA SOCIAL "GESTIÓN LOCAL EN SALUD"
Maestría en Medicina Social
UAM-X y Asociación Latinoamericana de Medicina Social
Informes: Dra. Carolina Tetelboin al tel. 724-5204/5118

15 de noviembre
TALLER ETICA Y SIDA
Impartido por: GIS y Ave de México
Lugar: Parroquia de San Jorge de la Iglesia Anglicana
San Jerónimo Nº117
San Angel
Tel.: 616-3193

19 de noviembre
FORO: Las reformas legislativas en materia de infancia y adolescencia
Asamblea Legislativa del D.F.
Comisión de Atención Especial a Grupos Vulnerables
Informes: Dip. David Sánchez Camacho
Tels.: 521-8011/32 ext. 304 • 512-7239

Del 21 al 23 de noviembre
VIII JORNADAS SEXOLÓGICAS DEL INSTITUTO MEXICANO DE SEXOLOGÍA, A.C.
Escuela Nacional para Maestros de Jardines de Niños
Gustavo E. Campa Nº94. Col. Guadalupe Inn. 01020, México, D.F.
Informes: IMESEX 564-2850

22 de noviembre
TALLER DE HOMOLOGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE SEXO SEGURO SEXO PROTEGIDO
Impartido por: Avé de México y Cecash
Lugar: Parroquia de San Jorge de la Iglesia Anglicana. San Jerónimo Nº117
San Angel. Tel.: 616-3193

VELA ANUAL DE LAS AUTÉNTICAS INTRÉPIDAS BUSCADORAS DEL PELIGRO
22 de noviembre
*Misa en Memoria de las Víctimas del VIH/sida. A las 9:00 hrs.
Parroquia de San Vicente Ferrer
*Evento de la Vela. A las 21:00 hrs.
Salón Cazorla
Juchitán, Oaxaca
Informes: 01(971)1-2981 (Elí Bartolo)

23 de noviembre
*La Lavada de Olla. A las 16:00 hrs.
Salón Cazorla
Juchitán, Oaxaca
Informes: 01(971)1-2981 (Elí Bartolo)

25 de noviembre
FERIA DE LA PREVENCIÓN DEL SIDA
Explanada de la Facultad de Química UNAM
De las 10:00 a las 17:00 hrs.
Conferencias, videos, exposición de carteles, obras de teatro, área de diagnóstico, condones y mucho más. Participa.

27 de noviembre al 20 de enero de 1998
VIII JORNADA CULTURAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA
Realiza: Unidos Contra el Sida
Museo Universitario del Chopo
Enrique González Martínez Nº10
Col. Santa María
Informes al tel.: 546-8490

2 de diciembre
MESA DE TRABAJO: Prevención y derechos de portadores de VIH/sida
Asamblea Legislativa del D.F.
Comisión de Atención Especial a Grupos Vulnerables
Informes: Dip. David Sánchez Camacho
Tels.: 521-8011/32 ext. 304 • 512-7239

Del 1 al 3 de diciembre
EXPOSEXUALIDAD QUERÉTARO
Para la práctica de una sexualidad sana y responsable
Hotel Real de Minas. Salón Torcas
De 12:00 a 19:00 hrs.
Informes: 560-3135 • 560-3269

Curso-Taller Regional para el **Fortalecimiento de las Organizaciones Civiles con Trabajo en VIH/sida**
Cierre de convocatorias: 7 de noviembre
Informes a los teléfonos del Conasida: 528-4848/4865/4084/3915